Vingt-sixième année  N° 1 2 JANVIER 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Sabots et Etrennes.

Nos lecteurs trouveront plus loin les vœux d'un caractère philosophique et littéraire que leur envoie notre confrère, M. le Dr Grellety, pour l'année 1904.

Nous sommes chargés, nous, de la distribution des cadeaux arrivés à leur adresse, avec la carte des fournisseurs habituels.

Le Parlement s'est particulièrement distingué en s'occupant des questions qui nous intéressent.

C'est ainsi que le Sénat, préludant, paraît-il, à l'examen de la loi Roussel révisée par M. le Pr Labbé avec la commission du « Concours », a voté en première lecture les deux projets Strauss sur les enfants assistés et sur la protection des mères qui la barraient à l'ordre du jour.

Au même moment, M. Clémentel, député, rapporteur du budget de l'intérieur, tombait sur les Quinze-Vingts, et émettait le vœu que la direction des services d'assistance et d'hygiène dans les préfectures fût confié à des médecins.

De leur côté, M. le Dr Simyan et M. le Dr Vaillant réclamaient, l'un la pérennité de l'agrégation, l'autre l'organisation par toute la France de l'inspection médicale scolaire.

Mais ces choses se passèrent à l'époque où M. Mirman demandait la suppression des décorations, et, à moins d'avoir une foi robuste, il est permis de croire que tout cela sera rangé dans la catégorie des manifestations platoniques qui sévissent épidémiquement parfois dans les assemblées législatives.

Très palpable au contraire, et très réel, le présent que nous a préparé la Commission du Sénat sous prétexte de réviser la loi accidents. Nous en avons expliqué les beautés au dernier numéro et découvert la signature : celle de nos sympathiques Compagnies d'assurances accidents ; c'est tout dire.

Mais la Chambre des Députés n'a pas voulu se laisser distancer sur ce terrain des cadeaux vraiment utiles. Elle vient de nous offrir cette aggravation de nos patentes dont nous parlions au mois d'août ; M. le Dr Huchard n'ayant à suggérer, pour la remplacer, qu'un vague impôt sur l'oisiveté, personne n'a voulu s'en contenter.

Et le plus joli c'est que, vers la fin de cette discussion des patentes, le rapporteur s'écriait devant une résistance :

« Mais Messieurs, nous avons dégrevé presque toutes les professions ». Pas un médecin n'a protesté.

Niera-t-on encore que les pouvoirs publics n'aient pour nous que faveurs et privilèges ?

*
* *

Nos camarades d'Algérie ont aussi glissé dans notre sabot une bonne petite *Ligue contre le paludisme* avec cotisation à la clef.

Les dogmes Laveran-Manson, (hématozoaires polymorphes et anophèles propagateurs), sont le mot d'ordre de la croisade prophylactique qui commence sous le patronage du Gouverneur, M. Jonnart. Celui-ci l'a prêchée à la tribune de la Chambre et y a remporté un plein succès.

Dans le gros public, cela promet de marcher. Mais chez les spécialistes il y a des empêcheurs de prophylactiser en rond. En effet, MM. E. Legrain, Alcide Treille, sénateur, Claverie, et l'Ecole de Bougie, ne veulent pas plus de la croisade nouvelle que la spécificité de la quinine et de l'arrhénal, et ils adressent aux croisés la déclaration suivante :

Nous soussignés, Dr Emile Legrain, ancien médecin militaire, médecin de l'Hôpital Civil de Bougie, lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy et de la Faculté de Médecine de Paris, lauréat de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences, directeur de la *Revue Médicale de l'Afrique du Nord*,

Dr Alcide Treille, ancien médecin militaire, médecin honoraire de l'Hôpital Civil de Constantine, professeur honoraire des maladies des pays chauds, sénateur de Constantine, conseiller général de Bougie,

Mettons au défi les promoteurs de la campagne actuelle contre les moustiques en Algérie,

De nous donner — et cela sans que nous nous soumettions à aucune précaution, à aucun traitement dit préventif — la fièvre parfaite, au moyen de moustiques auxquels on aura fait piquer un malade atteint de fièvre quarte, le seul type de fièvre (*quartana te teneat*) sur lequel on puisse compter pour une observation précise et de longue durée.

Nous prenons l'engagement formel, si les moustiques par lesquels on nous fera piquer nous affligent *d'une fièvre quelconque* :

1° De ne nous soigner en aucun cas.

2° De ne jamais prendre la moindre dose de quinine, de quinquina ou de médicament dit antithermique.

3° De laisser en un mot la fièvre évoluer en nous avec tous les « Hémotozoaires » qu'il lui plaira de développer, aussi longtemps qu'elle voudra et comme elle voudra.

Nous demandons qu'avant de s'engager plus avant en Algérie dans une campagne que nous nous bornerons ici à qualifier d'aussi inutile que dispendieuse, on procède sur nos personnes à cette double expérience.

Dr E. Legrain. Dr Alcide Treille.

Ce que nous avons vu en dix ans de séjour dans les régions tropicales, où le culex et l'anophèle ont souvent violé notre moustiquaire, nous permet de croire que MM. Treille et Legrain ne sont pas allés trop loin dans la témérité.

Mais, d'autre part, un franc de cotisation, ce n'est pas la Méditerranée à boire, et l'expérience parlera pour nous faire sortir du domaine de l'hypothèse, où nous vivons depuis trop longtemps. Nous fûmes tellement comblés d'étrennes qu'il faut savoir en donner aussi une à nos amis d'Alger.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les réinfections dans la rougeole.

M. le Dr *de Landtsheer*, d'Anvers, publie dans la «*Pédiatrie pratique* » une très intéressante série d'observations parfaitement démonstratives sur la possibilité de la réinfection dans la rougeole.

Jusqu'ici, la question des rechutes et des récidives de la rougeole n'est pas encore complètement élucidée. Certains observateurs ont admis d'une façon certainement trop absolue que les rougeoles ne récidivent jamais et que les exemples publiés reposent sur une erreur de diagnostic. Certes, ces erreurs ont été commises, mais de là à aller rejeter systématiquement toute répétition de rougeole, il y a de la marge.

D'ailleurs, on a de plus en plus une tendance à accepter des idées moins radicales sur la non-récidive des maladies infectieuses et pas plus pour la rougeole que pour les autres infections, nous ne connaissons les conditions qui rendent vaccinante une première atteinte, et ici comme partout ailleurs, il faut considérer la qualité de la semence et la résistance du terrain ; les récidives existent ; elles ne doivent plus être considérées comme des exceptions.

« Les rechutes proprement dites, dit Barbier, sont cependant intéressantes à étudier, précisément parce qu'elles se montrent de préférence dans des conditions où l'infection de l'individu semble s'être faite difficilement.

« C'est ainsi qu'on les observe de préférence

FEUILLETON

1904

Encore une fois, bonne année !

Comment vous souhaiter, chers confrères, sans me répéter, quelque chose qui ne soit ni banal, ni vulgaire, quelque chose qui sente la sympathie et sorte bien chaud, bien sincère, du plus profond et du meilleur de notre cœur ?

En songeant aux inquiétudes grandissantes du corps médical, faut-il nous interdire le rêve et l'espoir, au moment où le début d'une ère nouvelle en fait tant évoquer ?

Ah ! comme je voudrais que les fronts les plus soucieux se déridant, que les plus découragés d'entre nous, ceux qui ont les yeux assombris et sont inquiets de leur lendemain, fussent assurés d'une existence moins précaire, sans anémie matérielle ou morale, sans les amertumes et les appréhensions d'autrefois !

Qu'ils se redressent et restent fermes, impavides, en face de l'avenir chargé de nuages ; qu'ils ne renoncent pas à croire au triomphe final de la justice, de la tolérance, en attendant la main secourable et forte qui nous relèvera, jusqu'à l'avènement du modérateur qui nous fera une âme plus fraternelle, avec la bonne trêve des mains qui se cherchent et veulent se serrer, dans un but d'union pour le progrès et l'apaisement de la souffrance humaine.

Restons, comme le président Roosevelt, les apôtres de la vie intense, de la confiance, de la vigueur qui seules nous permettront d'aborder vers la terre promise de l'apaisement et de la sécurité.

A nos jeunes confrères, je souhaite d'être guidés, par une étoile exceptionnellement lumineuse, vers une brillante destinée, de connaître l'orgueil des premiers rôles et la saine popularité basée sur l'estime générale ; — aux anciens, d'avoir le teint fleuri comme l'âme, de façon à donner un démenti à leur extrait de naissance, de pouvoir s'en aller plus tard, à l'anglaise (çà ne presse pas), sans infirmités, en laissant derrière eux un souvenir fortifiant : que leur exemple continue à nous faire croire au bien, puisque d'après A. Cochin, dès que l'on croit au bien, on en devient capable.

En attendant la crise finale, la séance continue ; il s'agit de l'égayer, de ne pas la prendre au tragique, de ne pas laisser notre pensée s'envoler trop fréquemment vers les insondables au-delà « où doivent plus tard se fondre et sombrer toutes nos individualités éphémères », de ne pas exagérer nos soucis ou nos besoins, de ne pas passer inutilement à côté du bonheur, comme le rêveur Yann, dans *Titania*. L'ingrat repousse la tendresse d'Hermine pour s'égarer dans la forêt enchantée des illusions, où l'hiver ne tarde pas à succéder au printemps et où il meurt, poursuivi par la colère d'Obéron. Hélas ! il n'y a pas d'éternelle ivresse ; rien ne dure, comme le psalmodie le vieux berger, lors-

après les rougeoles incomplètes dans lesquelles l'éruption survenue après des prodromes peu accusés est extrêmement discrète ; ou bien dans les rougeoles à poussées catarrhales successives, à prodromes prolongés, ou bien enfin dans celles où l'éruption, après s'être montrée, rétrocède puis réparaît à nouveau. Ce qu'on sait, c'est que la rechute, telle que nous la comprenons, est exceptionnelle dans les rougeoles franches, *si elle y a même été signalée*.

« Voilà donc la rechute battue en brèche par cet excellent auteur dans son traité de la rougeole, mise en doute par Comby lui-même, qui dit que ; « dans ces observations, il était permis d'incriminer l'encombrement ayant favorisé la réinfection rubéolique exogène, mais cette hypothèse est discutable et nous croyons qu'il s'agit non d'une infection nouvelle, mais d'une reviviscence de l'infection ancienne, sous quelle influence, nous l'ignorons ».

La glace sur le ventre dans l'appendicite aiguë.

M. le Dr Noirclaude a consacré sa thèse à l'étude des détails de technique du traitement de l'appendicite par la glace.

Tout d'abord, dit le Dr Noirclaude, les applications de glace doivent être larges, permanentes et prolongées, et surtout aussi directes que possible.

Très souvent le médecin prescrit des applications de glace sur l'abdomen sans trop s'inquiéter de la façon dont cette application sera faite. On achète une petite vessie, on y met de petits morceaux de glace, on la pose sur le ventre et on la renouvelle deux ou trois fois par jour.

Mais, comme le ventre est généralement ballonné, douloureux, la vessie ne tient pas en place, elle tombe à droite, à gauche ; on la retrouve sur la cuisse, sur le pubis ou sur la fosse iliaque gauche, quand elle n'est pas dans le lit à côté du malade.

Il arrive que, pour l'empêcher de tomber on l'attache au cerceau métallique destiné à soutenir les couvertures ; mais alors, très souvent, la vessie ne touche le ventre que par une surface insignifiante, et quand on palpe l'abdomen on constate que la peau n'est nullement refroidie ; la vessie de glace s'est réchauffée et contient de l'eau tiède.

Comment veut-on, dans de telles conditions, que la glace puisse avoir une action quelconque.

Si, comme cela est fréquent au début d'une crise, le ventre est ballonné, une seule vessie ne suffit pas, elle ne tient pas en place ou bien les morceaux de glace tombent sur les parties déclives de chaque côté. Il faut donc mettre au moins deux vessies qu'on place côte à côte, sur chaque fosse iliaque. Si ces deux vessies sont insuffisantes en raison de l'intensité du ballonnement ou du volume naturel du ventre on en place une troisième sur la région de l'ombilic.

Lorsque les vomissements sont intenses, le ventre très ballonné, il devient parfois nécessaire d'en disposer une quatrième sur la région épigastrique. Dès que les phénomènes graves sont calmés du côté de l'estomac, on pourra enlever cette vessie.

Si le ventre est plat, ce qui n'existe que dans les cas légers ou à la fin d'une crise, une seule vessie sera suffisante si elle est large et posée bien à plat.

On devra interposer entre le sac de glace et la peau une compresse de tarlatane pour protéger les parties cutanées sous-jacentes.

---

que la neige a recouvert les deux pauvres amoureux.

Je ne saurais trop vous recommander la philosophie résignée du doux Florian, durant la période révolutionnaire. Réfugié à Sceaux, il écrivait le 17 février 1792 à Boissy d'Anglas : « Je passe doucement ma vie au coin de mon feu, lisant Voltaire et fuyant des sociétés qui sont devenues des arènes affreuses, où tout le monde hait la raison, où les vertus ne sont même plus louées, où l'humanité. la première des vertus, et la modération, la première des qualités, sont méprisées par tous les partis. Je me trouve fort bien de ma solitude, et, si j'y recevais souvent de vos nouvelles, je l'aimerais encore plus».

Ces paroles pourraient presque s'appliquer à notre époque et la panacée est de nouveau d'actualité. Sachons rester prudemment dans notre coin, sans rien briguer, en nous garant des agitations vaines et illusoires. C'est la morale du *carpe diem* d'Horace et du quatrain du chanoine Mauroy, qui en avait fait sa règle de vie :

« Chaque jour est un bien que du ciel je reçoi.
Jouissons, aujourd'hui, de celui qu'il me donne ;
Il n'appartient pas plus aux jeunes gens qu'à moi,
Et celui de demain n'appartient à personne...

C'était aussi un des motifs de la sérénité de notre contemporain Legouvé. Ce fut le type du sage satisfait, avec son sourire qui n'avait pas vieilli, tout simplement parce qu'il n'avait pas voulu le laisser vieillir. Il ne consentit jamais à désespérer et ne cessa de remercier le sort de n'être pas affligé de tant de maux qu'on peut avoir. Cette façon d'agir est encore plus sûre que celle indiquée par Ambroise Janvier, dans sa comédie *Les appeleurs*. L'auteur a fait cette remarque qu'il y a des gens qui semblent avoir le monopole du bonheur, à qui tout réussit, qui ont la veine comme d'autres ont la guigne.

Il se demande même si ces privilégiés ne seraient pas des instruments entre les mains de la destinée, s'ils n'auraient pas pour but d'abuser les autres hommes. Ceux-ci, les yeux fixés sur ces spécimens d'existences heureuses, disposés çà et là comme encouragement, pour l'exemple, continueraient à s'évertuer et ne laisseraient pas perdre le goût de la vie et de l'activité. Dès lors, pour tirer parti de ce stratagème déloyal, ils s'efforceraient de se rapprocher de ces professionnels du bonheur, d'entrer dans la confrérie et d'assurer ainsi leur fortune.

Mais, hélas ! dans la pièce comme dans la vie, les favorisés du sort sont frappés à leur tour, l'enchantement cesse et c'est encore une fois à travers la brume des larmes que nous apparaît la dolente humanité.

Vous voilà prévenus, mes chers amis ; préparez-vous, malgré tout, à donner un nouveau coup de collier, non seulement sans mauvaise humeur, mais encore avec enjouement et bonne grâce, avec la douceur patiente qui indique la plénitude de la force morale. Ceci ne vous empêchera pas de prendre vos précautions pour être à l'abri des perversités de la bêtise masculine comme de la féminine fourberie pour pouvoir fuir les têtes creuses ou les exaltés capables de nous égarer dans les chemins de tra-

Il est de toute nécessité que la glace soit renouvelée fréquemment dans les vessies, en moyenne toutes les trois ou quatre heures, le jour comme la nuit.

L'application de glace devra être directe, condition extrêmement importante, dans les cas très graves et urgents; il ne faudra interposer entre la paroi abdominale et la vessie de caoutchouc qu'une simple feuille de gaze Dès que les bons effets auront été obtenus, on pourra mettre une feuille de gaze double et le plus ordinairement on s'en tiendra là.

Toutes les fois que ces précautions seront réalisées dans l'application de la glace sur le ventre, on peut être sûr d'obtenir un résultat efficace.

Il faut inspecter la paroi abdominale chaque fois qu'on renouvelle la glace contenue dans les vessie et, si on voit apparaître une petite tache grisâtre ou violacée, c'est un signe qu'on aura été trop loin et que le froid est trop vif. Il ne faut pas pour cela suspendre l'application de la glace, et si deux doubles de tarlatane existaient entre la vessie et la peau on en mettrait trois ou quatre, en revenant à la première épaisseur si le ventre tend à se réchauffer.

La durée du refroidissement varie comme la maladie elle-même; en général, il est prudent de continuer un certain temps après la crise; quatre, six, dix jours, tant que le ventre n'est pas redevenu complètement libre, souple et insensible, et surtout ne pas cesser dès que l'émission de gaz indique une amélioration ou lorsque le malade aura été à la garde-robe.

La surdi-mutité consécutive à la méningite.

Dans sa thèse inaugurale, M. le Dr Louis Gassot a étudié 19 cas de surdi-mutité consécutive à la méningite avec lésions bilatérales de l'oreille interne. C'est généralement dans les premiers jours de la maladie que débute cette surdité.

La mutité peut, suivant les cas, exister dès la convalescence ou s'établir pendant les années suivantes.

Les sujets devenus sourds-muets à la suite de méningite ne diffèrent pas sensiblement au point de vue intellectuel des autres sourds-muets et sont justiciables des mêmes méthodes d'enseignement.

Traitement électrique de l'incontinence d'urine.

Au dernier congrès de l'Association des urologistes, M. Denis Courtade a montré que l'incontinence d'urine chez les enfants peut être due soit à une lésion congénitale ou acquise de l'appareil urétro-vésical, soit à une lésion organique du système nerveux, soit enfin à une altération purement dynamique.

Dans ce dernier cas, il faut penser soit à une névrose, telle que l'hystérie, surtout l'épilepsie, soit à l'affection appelée incontinence d'urine infantile essentielle, je m'occuperai spécialement de cette dernière variété.

On doit distinguer deux formes principales : l'incontinence avec irritabilité vésicale et l'incontinence avec atonie sphinctérienne,

Deux autres variétés sont plus rares, et sont formées par l'incontinence par regorgement avec contracture du sphincter externe, et l'incontinence par paralysie fonctionnelle réflexe du corps de la vessie.

---

verse, pour vivre au contraire dans le commerce d'intelligences pénétrantes et lucides, aptes à nous mener vers les régions sereines, où nous désirons aller.

On prétend que l'esprit souffle où il veut (je ne parle pas de celui qui est cher à un personnage politique de spiritueuse réputation); puisse-t-il souffler dans votre direction, puissiez-vous le humer à pleins poumons, vous en gaver largement ; il est désirable qu'il vienne ventiler, aérer les cerveaux de nos pères conscrits de l'Académie, de la Faculté, pour les inciter au renouveau scientifique, à la transformation de certaines traditions aussi routinières que surannées, soit dans l'enseignement devenu plus pratique, soit dans les services hospitaliers plus accessibles aux vrais malades et aux travailleurs, ceux qui ne demandent qu'à s'instruire et n'ont aucun goût pour le rôle de thuriféraire, pour la platitude, cause trop fréquente des patronages et des succès officiels.

Malgré le désarroi actuel, malgré le malaise général, dont notre microcosme médical subit le contre-coup, nous ne pouvons pas piétiner sur place, rester stationnaires. Nous devons reprendre notre fagot, *id est* notre trousse, notre codex, le baume de nos consolations, en compagnie de la prophylaxie et de l'hygiène, car la misère pathologique ne désarme pas, car le nombre des plaies à cicatriser reste innombrable et la rosse humaine, en sa pitoyable incarnation, aura sans cesse besoin d'être aiguillonnée.

Le bon samaritain, même exténué, ne doit pas abdiquer, tant qu'il pourra être utile à ses semblables, tant qu'il restera détenteur d'un cordial, d'un viatique, d'une parcelle de vérité, tant qu'il conservera une flamme de charité au fond de l'être.

Il faut en conséquence que le fardeau de la vie soit léger pour ses épaules et qu'elles ne se courbent pas prématurément sous le poids des douleurs intimes et des déceptions, qu'il ne connaisse pas l'amertume irréparable de cette conviction, qui est un châtiment, que nous ne sentons vraiment tout ce que valaient nos paradis, qu'après les avoir perdus.

Puisque chaque illusion généreuse de la jeunesse nous jette une ride en s'envolant et que l'expérience est le désenchantement successif des choses de la vie, puissiez-vous n'avoir des rides que le plus tard possible. Laissez-vous prendre dans une sorte de cercle... vertueux, ayez l'appétence des blancheurs, la peur du poison moral, des publications malsaines qui conduisent à l'égoïsme narquois, aux abdications, qui endorment la conviction et tuent l'énergie.

Conservez-vous, consolez-vous, en consacrant vos loisirs à un idéal de joie, à la beauté, fleur de joie, à tout ce qui est grâce et susceptible de développer le goût, de procurer des sensations délicates, d'ordre supérieur. On peut se complaire sur les hauteurs, sans s'attarder pour cela dans les nuages, et, d'autre part, comme on ne cesse de le proclamer, les heures sont brèves et il y a dans la vie trop de choses bonnes, généreuses, grandes et belles, pour perdre son temps à haïr, à regarder ce qui est vilain et bas !

Dr Grellety (de Vichy.)

Comme pathogénie, il faut prendre en considération :

1° L'état plus ou moins grand de dégénérescence nerveuse de l'enfant.

2° Le sommeil lourd.

3° Une atonie sphinctérienne. Cette atonie n'atteint pas directement le muscle, mais est de nature réflexe.

Dans quelques cas, l'incontinence n'est qu'une forme d'épilepsie larvée, ou bien un léger degré de polyurie essentielle.

Comme traitement électrique, l'électrisation localisée d'après la méthode de M. le Prof. Guyon est le meilleur traitement. Lorsque cette méthode ne peut être pratiquée, l'électrisation du sphincter externe à travers le périnée pourra donner de bons résultats.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital des Enfants-Malades. — Service de M. A. Broca.

Ostéoarthrite tuberculeuse sacro-iliaque et sacro-lombaire.

(Leçon du 5 décembre à la clinique Baudelocque).

Nous n'avons pas très souvent l'occasion d'examiner ensemble des sujets atteints de sacro-coxalgie, car c'est une lésion bien plus fréquente chez l'adolescent et chez l'adulte jeune que chez l'enfant. La preuve de cette assertion vous sera tout de suite fournie, si vous cherchez à vous documenter sur le sujet, par le nombre de mémoires que lui ont consacrés les médecins militaires.

Dans ces travaux, et dans ceux des chirurgiens d'adultes, vous trouverez, pendant une assez longue période, une grande confusion. Blennorrhagie, rhumatisme, infection puerpérale, relâchement des symphyses, suppurations diverses, se coudoient côte à côte avec la tuberculose dans la thèse d'agrégation de Delens, en 1872. Puis, la tuberculose ostéo-articulaire a été bien isolée : et c'est elle seule qu'aujourd'hui l'on vise par le nom de sacro-coxalgie, c'est d'elle qu'il va être question aujourd'hui. Aussi bien, est-ce, à peu près, la seule variété observée chez l'enfant.

Notre malade est une fillette de 5 ans qui, vers les premiers jours d'octobre, commença à tenir le tronc raide, à se baisser lentement et avec précaution, sans boiter d'ailleurs et sans souffrir. Est-ce bien la date réelle du début ? Sans compter qu'en matière d'ostéoarthrite tuberculeuse il convient de remonter toujours plus haut que ne le prétendent les parents, il est à remarquer que notre enfant, orpheline de mère, est placée depuis la fin de septembre dans une institution charitable. Avant cela, chez elle, elle n'était sans doute guère surveillée, et dans l'orphelinat on s'aperçut vite de quelque chose d'anormal.

Pendant deux mois, cette raideur fut le seul signe et elle fut négligée. Mais huit jours avant l'entrée à l'hôpital, survenaient des douleurs dans la partie supérieure et postérieure de la cuisse gauche et la claudication commença. L'aggravation de ces symptômes fut rapide : la douleur, d'abord tout de suite calmée par le repos, se manifesta pendant la nuit ; la boiterie en même temps devint profonde. Et c'est dans ces conditions que l'enfant me fut envoyée, avec le diagnostic : début de coxalgie.

Diagnostic erroné, comme je vais vous le prouver, mais qui cependant n'a pas été préjudiciable à l'enfant. Ce qui est déplorable, c'est la légèreté trop fréquente avec laquelle parents et même médecins attribuent au rhumatisme, à la croissance, des lésions tuberculeuses, contre lesquelles on institue, dès lors, un traitement souvent plus nuisible qu'utile : et nous voyons arriver à nous des estropiés que nous ne pouvons plus soulager. Tandis qu'une simple erreur de localisation, dans le cas particulier, conduirait seulement à une différence, pas très importante, dans l'appareillage et dans le pronostic.

Du premier coup d'œil, j'ai mis en doute la coxalgie, à cause du siège de la douleur, et surtout à cause du mode de claudication. La boiterie, en effet, est intense et caractéristique. Voici l'enfant habillée : chaque fois qu'elle appuie sur le sol le membre inférieur gauche porté en avant, son tronc s'incline profondément en avant et à gauche, en sorte qu'il y a comme un mouvement de salutation. Il n'y a là rien qui rappelle le pas escamoté sur le membre malade dont est coutumière la coxalgie.

Si cela ressemblait à quelque chose de coxo-fémoral, ce serait au plongeon de la luxation congénitale, avec cette différence toutefois que, dans cette dernière, l'inclinaison latérale du tronc s'accompagne de projections de l'épaule en arrière, du ventre en avant.

Au reste, une question m'a suffi pour éliminer tout de suite ce soupçon : l'enfant, âgée de 5 ans, a marché à 15 mois, sans aucune anomalie, et depuis deux mois seulement elle boite.

L'inclinaison du tronc en avant est encore contraire à l'hypothèse de la fausse claudication, par oscillations du tronc seul, observée dans certaines paralysies des muscles fessiers et sacrolombaires, la démarche du sujet habillé ressemblant alors assez à celle d'une luxation congénitale. Mais voici maintenant l'enfant déshabillée, et les reliefs musculaires nous apparaissent partout normaux, car l'inspection ne suffit pas pour déceler une légère atrophie tricipitale, appréciable à la palpation.

La « claudication salutante » que je vous ai priés de regarder en tentant de vous la décrire, n'est pas celle de la coxalgie : c'est au contraire celle de la sacro-coxalgie, c'est-à-dire de la tuberculose sacro-iliaque. Il nous reste donc à démontrer : 1° qu'il n'y a pas de signes de coxalgie ; 2° qu'il y a des signes de sacro-coxalgie.

L'enfant étant déshabillée et ayant fait quelques tours dans l'amphithéâtre, je lui dis de s'arrêter : et elle se hanche presque indifféremment sur le membre droit ou sur le gauche. En y regardant de près, vous remarquez une tendance légère à appuyer davantage à droite, mais c'est peu de chose : le talon ne se détache pas du sol, le genou ne se fléchit pas, le tronc s'incline à peine. Or, il est sûr que tout cela aurait lieu pour une coxalgie arrivée au degré de claudication où en est notre malade.

Cette constatation, cependant, est indirecte : passons à l'examen direct de la région.

Il n'y a pas de signes de coxalgie : en effet, l'empâtement et l'adénopathie sont nuls dans le pli de l'aine ; la douleur à la pression est nulle sur la tête fémorale en avant et en arrière, sur le grand

trochanter ; l'amplitude est égale des deux côtés pour l'abduction aussi bien que pour la flexion. Mais si, en appuyant sur la crête iliaque droite, je veux vaincre cette résistance en abaissant davantage le genou gauche, le membre gauche étant en abduction, l'enfant se plaint de souffrir. Vous concevez que cela s'explique fort bien, la symphyse sacro-iliaque étant malade, par une pression anormale et transversale de l'os iliaque contre le sacrum. Explication tout de suite corroborée par une douleur vive que je provoque séance tenante en serrant transversalement le bassin entre mes deux mains, appliquées chacune sur une des fosses iliaques externes. Ce signe est caractéristique d'une lésion dans une des symphyses de la ceinture pelvienne. Il semble plus souvent net chez l'enfant, en raison de la mobilité, de la flexibilité des articulations, ce qui permet plus aisément la transmission du mouvement ; en tout cas, ici il est très net.

Où siège exactement la douleur ainsi provoquée ? L'enfant ne spécifie pas. Mais nous n'avons qu'à interroger par la pression localisée les symphyses capables d'être malades. Rien en avant, sur la symphyse pubienne : donc je fais retourner l'enfant, et l'ayant ainsi couchée sur le ventre, je commence par voir qu'à gauche la partie supérieure et interne de la fesse paraît un peu plus grosse qu'à droite ; c'est fort léger, mais cela suffit pour que j'exerce la pression localisée à droite d'abord, là où je présume qu'il n'y a rien. Le principe est, en effet, de toujours terminer l'examen par la région malade, pour mettre l'enfant en confiance, pour ne la faire souffrir qu'au dernier moment. Et maintenant j'appuie sur la symphyse sacro-iliaque gauche, de bas en haut ; à sa partie supérieure, elle est très douloureuse.

Vous remarquez tout de suite une grande différence entre cette douleur directe, et la douleur jusqu'à présent provoquée par des manœuvres indirectes. Aux dernières, l'enfant réagissait en me disant seulement : « ça fait mal » ; à mon léger coup de pouce postérieur, elle a fait la même réponse, sans crier, sans bouger, car elle est d'une sagesse exemplaire, mais vous avez vu les larmes lui monter aux yeux.

Le diagnostic d'une lésion sacro-iliaque étant alors établi, celui de la nature de la lésion ne mérite pas que nous nous y arrêtions longtemps : dans l'état actuel de la science, la tuberculose seule peut expliquer l'évolution du mal. Mais cela étant, il reste une différenciation importante à déterminer entre deux variétés de sacro-coxalgie : il y a des cas, en effet, où la symphyse du bassin est seule prise, tandis que dans d'autres l'articulation sacro-lombaire participe au processus. Vous voyez la différence pronostique s'il y a, en somme, mal de Pott inférieur concomitant.

Recherchons donc le signe caractéristique du mal de Pott lombaire au début, c'est-à-dire la rigidité douloureuse du rachis.

Je me place droit en face de l'enfant et je jette à terre devant elle mon trousseau de clefs, en lui disant de le ramasser avec la main droite, avec la main gauche, avec les deux mains : et chaque fois elle se baisse avec hésitation, sans prendre de point d'appui il est vrai, puis pour se relever elle appuie sur sa cuisse la main libre.

Donc, il y a des lésions sacro-lombaires, et cela va bien avec le siège de la petite tuméfaction, de la douleur en haut de la symphyse et vers le sacrum. Quand on observe cette association, il est de règle que l'origine soit au rachis, avec descente secondaire vers la symphyse sacro-iliaque ; et cet envahissement est d'ailleurs en général assez tardif.

Ici il est précoce, l'histoire clinique étant d'ailleurs en faveur de l'origine pottique. En effet, le symptôme initial, observé il y a deux mois, a été la raideur du tronc, la difficulté à se baisser, et depuis une huitaine de jours seulement sont survenues la douleur dans la partie supérieure de la cuisse et la claudication.

De la claudication, je vous ai suffisamment parlé : deux mots sur la douleur, dont l'analyse est souvent impossible chez l'enfant, mais qui ici a été possible et localisée parce que le sujet est, comme vous l'avez vu pendant mon examen, particulièrement sage.

Cette douleur spontanée siège dans la fesse et dans la partie postérieure de la cuisse : au total, c'est une sciatique, souvent incomplète, parfois complète. Elle est due à l'irritation du nerf sciatique et de ses racines au voisinage du foyer d'ostéo-arthrite ; elle est, en somme, du même ordre que les pseudo-névralgies qui marquent si souvent le début du mal de Pott ; et cela me permet de vous dire une fois de plus combien vous devez vous méfier des névralgies chez l'enfant, avec quelle fréquence elles relèvent d'une tuberculose vertébrale. La sciatique unilatérale, en particulier, doit toujours vous être suspecte, vous inciter à explorer avec grand soin la symphyse sacro-iliaque, tandis que la sciatique bilatérale doit vous faire suspecter un mal de Pott.

L'examen d'une sacro-coxalgie doit toujours être complété par le toucher rectal, qui nous a révélé, ici, une douleur à la pression sur la ligne de la symphyse sacro-iliaque gauche. A ce point de vue il était inutile, car ce résultat n'a fait que confirmer, avec moins de netteté, ce que nous avait appris la pression localisée sur la face postérieure de l'articulation. Il n'en est pas toujours ainsi, et parfois une lésion limitée à la région antérieure sera découverte de la sorte : donc le toucher rectal est obligatoire lorsque, les signes rationnels étant ceux de la sacrocoxalgie, l'exploration en arrière ne donne pas de renseignements certains. Mais il ne l'est pas moins dans les cas aussi clairs que le nôtre, car il est indispensable à la recherche des abcès.

Les abcès de la sacro-coxalgie, en effet, sont de deux ordres, extra-pelviens ou intra-pelviens, c'est-à-dire postérieurs ou antérieurs. Les extra-pelviens peuvent occuper le haut ou le bas de la fesse, et dans ce dernier cas ils sont susceptibles de migrer plus ou moins loin vers la cuisse, le long du nerf sciatique ; toujours ils sont faciles à reconnaître de bonne heure, par l'inspection ou la palpation, car ils occupent une région ou le squelette est superficiel.

Mais les antérieurs, ou pelviens, n'en sont pas là. Quelquefois, venus du haut de la jointure, ils descendent le long de la gaine du psoas, et sont assez vite dévoilés par quelques troubles fonctionnels qui, comme en cas de mal de Pott, vous conduisent à palper la fosse iliaque. Mais plus souvent ils sont franchement intra-pelviens, au-dessous du détroit supérieur et sont alors très souvent méconnus s'ils ne sont pas recherchés systématiquement par le toucher rectal ; et quand vous constatez un abcès fessier inférieur, cet exa-

men seul vous permet de déterminer par la présence ou l'absence d'une tuméfaction intra-pelvienne concomitante, s'il est exclusivement et primitivement fessier, ou s'il vient du bassin, à travers la grande échancrure sciatique. Chez notre malade, la date rapprochée du début rendait peu probable la découverte d'un abcès pelvien latent : mais ce serait mal connaître les collections ossifluentes froides que de ne pas être toujours en méfiance d'une surprise de ce genre.

Quoi qu'il en soit, nous sommes aujourd'hui sûrs qu'il n'y a d'abcès nulle part, ni hors du bassin, ni dans le bassin : ce n'est donc pas le moment de vous en tracer un tableau clinique, lequel se confond d'ailleurs avec celui des abcès du mal de Pott lombaire inférieur. Retenez seulement que, de ces abcès, de leur ouverture possible à la peau ou dans un des viscères creux du voisinage, dépend avant tout le pronostic de la sacro coxalgie. Et sachez que les lésions du haut du sacrum avec atteinte de la dernière lombaire, comme c'est ici le cas, sont à cet égard assez sévères. La suppuration y est fréquente et volontiers grave, comme dans le mal de Pott lombaire, dont nous étudions, en somme, une variété. Et le pronostic, à ce point de vue, est bien plus sérieux que pour les sacro coxalgies inférieurse, et surtout que pour les sacro-coxalgies partielles, dont Pierre Delbet et son élève Naz nous ont écrit l'histoire.

Car, dans cette symphyse, les lésions ont parfois tendance à ne pas trop s'étendre autour du point initialement atteint, et cela d'autant plus que celui-ci est plus inférieur. D'où des formes atténuées, frustes, qui ne se traduisent guère que par une sciatique persistante et par conséquent suspecte, puis plus tard, par un abcès fessier. Alors, il est utile d'opérer de bonne heure, et, loin des amas spongieux qui, dans le haut des surfaces auriculaires, fournissent un champ étendu à l'ensemencement bacillaire, on a des chances réelles d'obtenir un succès rapide en dépassant largement le mal.

Ces cas tout à fait favorables sont rares chez l'enfant, où la plupart du temps le pronostic doit être rapproché de celui du mal de Pott lombaire, comme chez notre malade actuelle. A ce point de vue, la gravité est en principe, probable, s'il survient des abcès pelviens, malheureusement fréquents. Dans l'espèce, l'acuité relative dans l'évolution symptomatique est assez inquiétante ; il y a toutefois quelques éléments rassurants, car si la mère est morte phtisique, le père et 3 frères et sœurs sont bien portants ; la malade ellemême a joui jusqu'à ces derniers temps d'une bonne santé, et en ce moment même son état général est assez bon.

Nous apprendrons vite si le repos complet met fin aux souffrances et si la crainte d'une suppuration précoce, toujours grave, peut être écartée. Nous aurons ensuite à compter, comme toujours, avec les complications tuberculeuses intercurrentes, impossibles à prévoir ; mais en cela, rien de spécial à la sacro-coxalgie.

Supposons que l'enfant survive, comme c'est très probable, si elle est bien soignée ; à quels troubles fonctionnels sera t-elle exposée de par l'ankylose sacro-iliaque, et probablement lombo-sacrée, à laquelle elle ne saurait échapper ?

Deux choses sont à considérer, le membre inférieur et le bassin.

On a décrit, au cours de la sacro-coxalgie, des attitudes vicieuses rappelant celles de la coxalgie: en réalité, quand il n'y a pas envahissement secondaire de la coxo-fémorale par continuité osseuse ou par suppuration de la gaîne du psoas, ces attitudes sont rares, et en tout cas légères.

On peut observer, par contracture musculaire réflexe, un peu de flexion et d'abduction ; mais comme il n'y a rien de malade dans la hanche, c'est facile à redresser et à maintenir redressé. Quant à l'influence sur la marche d'une ankylose sacro-iliaque, on peut la considérer comme nulle.

Mais il s'agit d'une fille, et je parle dans l'amphithéâtre où M. Pinard me donne l'hospitalité : ai-je donc besoin de vous dire que, pour les accouchements à venir, une ostéo-arthrite sacro-iliaque unilatérale, survenue dans l'enfance, suivie d'ankylose, peut compromettre gravement le développement, la symétrie, l'adaptation obstétricale du bassin ? Les détails de la description regardent l'accoucheur, non le chirurgien, mais je devais vous signaler ce côté de la question.

Venons enfin à la thérapeutique : outre le traitement médical classique, et le séjour aussi prolongé que possible au bord de la mer, pourvu que l'appareillage y soit bien surveillé, nous devons agir localement par l'immobilisation. Pour la réaliser ici, à la fois dans la symphyse sacro-iliaque et dans la sacro-lombaire, nous avons un appareil efficace dans le corset plâtré, moulé exactement autour du bassin et des hanches, remontant jusqu'au bas du thorax, dont la partie supérieure peut rester en liberté. Je me suis demandé s'il ne serait pas bon de prendre en même temps le haut de la cuisse droite. Mon collaborateur et ami le Dr Ducroquet pense qu'il lui suffira de prendre appui sur le pubis, et je m'en rapporterai à son habileté. J'ajouterai, au point de vue technique, que c'est un appareil à appliquer en position horizontale, sur pelvi-support, et non en suspension, comme un corset de Sayre, car ici le point important est le modelage des saillies pelviennes.

Cet appareillage, s'il ne survient pas de suppuration, sera prolongé pendant au moins deux ans ; et, pour le rendre plus rapidement efficace, je crois bon de lui adjoindre le repos au lit, en position horizontale, de ne permettre la marche avec l'appareil qu'au bout de six mois environ si les choses s'arrangent vite et bien. C'est d'ailleurs un point de pratique que je me borne à effleurer, car c'est une question d'ordre général dans l'étude des ostéo-arthrites tuberculeuses du membre inférieur et du rachis.

RHINOLOGIE

Lésions nasales et larmoiement.

Le Dr Georges GELLÉ a examiné les fosses nasales de 100 individus des deux sexes qui se sont présentés à la *Clinique ophtalmologique de l'Hôtel Dieu* pour des formes diverses de rétrécissement des voies lacrymales.

Dans 50 p. 100 des cas, il a trouvé les fosses nasales *normales* ou atteintes seulement de malformations (déviations, épaississements de la cloison)

★

n'ayant pu avoir que peu d'influence sur la production des lésions du canal lacrymo-nasal.

Dans les 50 autres cas, il a constaté diverses lésions qui sont, par ordre de fréquence : la rhinite hypertrophique (21 fois) la rhinite purulente (10 fois) et l'ozène (6 fois), etc. » Il attire l'attention sur 2 cas de tuberculose nasale cliniquement insoupçonnés et s'accompagnant de tuberculose des voies lacrymales.

Contrairement à l'opinion généralement admise il n'admet pas que l'obstruction mécanique soit bien souvent la cause du larmoiement au cours de la rhinite chronique ; pour lui, le plus souvent, sinon toujours, il s'agit d'infection.

Malheureusement à l'époque où l'on examine, le plus souvent les malades atteints d'épiphora la lésion du canal est définitivement constituée, l'infection du sac accomplie. Cela explique les échecs trop fréquents du traitement nasal tardif. C'est à la période prodromique, par le traitement précoce et sérieusement conduit des rhinites mêmes légères, qu'il faudrait agir.

Il est en effet vraisemblable d'admettre comme le dit G. *Gellé*, qu'à des infections nasales aiguës peuvent succéder des infections du canal nasal, allant jusqu'au sac, mais que, quand l'infection nasale disparaît, l'infection lacrymale persiste seule pour une cause encore à trouver.

Même chose se passe pour les affections du cavum et de l'oreille moyenne, et il en serait pour les dacryocystites comme pour nombre de salpingites et de pyélites par infection ascendante, qui se manifestent plus ou moins longtemps après que les affections utérines ou vésico-primitives ont disparu.

A l'heure actuelle, la période de début nous échappe souvent ; c'est par l'association de la rhinologie à l'ophtalmologie que l'on arrivera à saisir le moment d'une action efficace.

(*Société française de laryngologie*, octobre 1903.)

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les purgations. Les Eaux minérales purgatives.

Suite (1).

Les eaux minérales purgatives à dosage élevé ou à faible dosage ne répondant pas aux exigences d'une bonne purgation, il y a lieu de se demander si, sur ce terrain, ne se justifie pas le vieil adage : *In medio stat virtus* et si les eaux moyennes ne se rapprochent pas d'avantage de l'idéal.

Les eaux de moyenne minéralisation ne sont guère représentées que par une seule source : *l'Hunyadi Janos* qui contient 22 gr. 35 de *sulfate de magnésie*, 22 gr. 55 de *sulfate de soude* et 17 gr. 04 de *chlorure de sodium*. Deux verres ordinaires de cette eau constituent une dose purgative très suffisante et d'action à peu près infaillible, Et je n'hésite pas à déclarer que c'est à cette eau que me paraissent devoir aller jusqu'à présent les préférences justifiées des praticiens.

Il s'en faut cependant que l'eau d'Hunyadi Janos se rapproche de la perfection, autant que celle-ci est réalisable, et il faut bien reconnaître qu'elle n'est pas exempte de certaines critiques.

Je ne sais si on peut dire des mélanges purgatifs complexes ce qu'on dit des mélanges d'antiseptiques, à savoir que leur puissance d'action augmente considérablement du fait même de l'association des substances en présence. Mais ce qui n'est pas douteux c'est que, dans le cas particulier, l'existence, dans l'eau de Janos, de chlorure de sodium et de sulfate de magnésie à un degré aussi élevé ne va pas sans des inconvénients qui sont le point de départ de ces critiques.

Le chlorure de sodium est très irritant et en outre il donne à l'eau une saveur amère presque répugnante. Le sulfate de magnésie a peut être une supériorité d'action sur le sulfate de soude ainsi qu'il paraît résulter des expériences de Dorvault, mais il est infiniment plus toxique. « On « peut injecter jusqu'à 20 gr. de sulfate de soude « dans les veines d'un chien sans produire d'acci- « dent, mais 2 à 6 gr, de sulfate de magnésie dé- « terminent chez l'animal des accidents mor- « tels (1). »

Il possède également une saveur nauséeuse qui explique les vomissements qui surviennent parfois à la suite de l'ingestion de cette eau.

Avant d'en finir avec cette rapide revue des eaux purgatives, je veux dire un mot d'une préparation artificielle assez souvent employée et qui peut à la rigueur rentrer dans le cadre de cette étude : *la limonade purgative au citrate de magnésie* qui jouit de quelque vogue dans certains milieux. La limonade purgative a, dit-on, un goût moins désagréable que les eaux naturelles. Il m'est souvent arrivé d'en ordonner à des malades en colorant ma prescription de ces arguments spécieux. Et le plus souvent je n'ai pas reçu — sans trop d'étonnement d'ailleurs — le compliment ou le remerciement que vaut, de la part d'un malade, une préparation agréable. La saveur saline acide et la saveur sucrée font ensemble assez mauvais ménage et sont ordinairement moins appréciées que la saveur franchement amère des solusions salines. En outre, la limonade ne se conserve pas, à moins d'y ajouter un excès d'acide. Au bout de 24 à 36 heures, on constate au fond de la bouteille un dépôt abondant. Puis elle n'est pas d'une efficacité bien démontrée, ou bien « si le sel est mal préparé, il a des « effets tardifs, de sorte que souvent le malade « n'obtenant pas l'effet désiré, mange quelque « temps après avoir pris sa purgation et il sur- « vient, sous cette influence, une véritable super- « purgation » (2).

Enfin — et cette considération a bien son prix —elle coûte relativement cher, et sa valeur marchande que ne justifie par sa valeur médicale ne permet guère de la prescrire que quand il n'y a pas à tenir compte de la situation de fortune du malade, et ce n'est pas le cas le plus fréquent.

De tout ce qui précède, se dégage cette vérité que le pas sur toutes ces eaux et solutions minérales purgatives appartient encore au vieux et excellent sulfate de soude « l'un des plus employés « et des meilleurs — dit Dujardin-Beaumetz —

(1) Cf. *Concours Médical*, n°s du 19 décembre et du 26 décembre.

(1) Dujardin-Beaumetz. — *Clinique thérapeutique*, I, 676.

(2) Dujardin-Beaumetz. — *Loc. cit.* 682.

« qui à la dose de 30 à 50 gr. donne de merveil-« leux résultats sans provoquer de coliques trop « vives ». Dissous dans deux grands verres d'eau, suivant les indications de Capitan dans l'article dont j'ai déjà parlé. il réalise encore, avec le minimum de dégoût, le maximum d'effet.

Mais le sulfate de soude est un produit de laboratoire. Ce qui répondrait le mieux aux indications les plus générales en s'affranchissant des reproches jusqu'ici formulés, ce serait une eau minérale naturelle qui ne contiendrait qu'une quarantaine de grammes de sulfate de soude avec des doses insignifiantes et négligeables d'autres substances. Il n'est pas douteux, en effet, que les produits naturels ont une valeur réelle supérieure aux autres en ce sens qu'ils possèdent des qualités biologiques qui leur permettent d'agir plus efficacement à doses moins élevées. Pour le moment, cette eau est encore à découvrir. Mais comme rien n'indique qu'elle n'existe pas en quelque endroit du globe, parce qu'il n'est pas impossible qu'il y ait des gisements de sulfate de soude presque pur comme il y a des gisements de chlorure de sodium, il faut espérer que des recherches patientes et bien conduites la feront connaître et enrichiront ainsi l'arsenal de nos eaux purgatives d'une préparation qui se rapprochera plus encore de la perfection rêvée.

CONCLUSIONS.

Parmi les eaux purgatives connues, la supériorité revient aux eaux à minéralisation moyenne dont le prototype est actuellement l'eau d'Hunyadi Janos.

La limonade purgative au citrate de magnésie a une valeur très contestable qui, jointe à son prix élevé, la fait reléguer à l'arrière-plan.

La meilleure purgation est encore la simple solution de sulfate de soude.

Cette solution serait bien plus active si elle existait toute préparée dans la nature, et il faut souhaiter la découverte d'une eau minérale à base exclusive de sulfate de soude et de dosage moyen.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Comment se comprend la défense professionnelle dans les syndicats ouvriers.

Tous nos lecteurs savent que l'Union des Syndicats, le Concours et le « Sou médical » ont lié partie avec les victimes du travail, afin de s'arracher ensemble, à la faveur de la loi de 1898, aux exactions et abus de la grande majorité des compagnies d'assurances-accidents.

Dans notre camp, l'effort a été sérieux. Mais, chez nos alliés, plus disciplinés, plus habitués à jeter généreusement et solidairement dans la lutte l'enjeu de leur gagne-pain, ce fut bien mieux encore.

Il en est déjà beaucoup parmi nous qui, croyant avoir assez fait, attendraient bien sous l'orme que le texte de la loi révisée vînt leur apporter du ciel les satisfactions réclamées.

Chez nos alliés, on ne déserte pas la brèche par ce que la Providence semble devoir réaliser les espérances. On n'en cherche que de plus belle à créer par soi-même, avec les seules ressources de l'initiative et de la cohésion, la situation de fait, l'émancipation même avant la lettre, et on a le très juste sentiment que, par ce moyen, l'action législative sera singulièrement facilitée quand son heure sera venue.

Prenons connaissance de l'intéressant projet ci-dessous, qui apporte la preuve de ce que nous venons de dire, et demandons-nous quelle doit être l'attitude du corps médical devant cette tentative nouvelle de ses collaborateurs.

Les offices du travail. Leur constitution. Leur but.

Par l'intermédiaire des patrons et de leurs médecins à forfait, certaines compagnies d'assurances s'efforcent de se mettre en contact avec le blessé dès les premières journées de l'accident. Si elles réussissent à mettre la main sur lui, il est immédiatement enveloppé dans leurs filets de ruses et de menaces illicites. Pour qu'il ne puisse recevoir des conseils qui lui seraient utiles, on cherche à l'envoyer dans des hôpitaux spéciaux payés par les compagnies, et où on leur refuse ensuite les certificats nécessaires.

Pour lutter contre cette organisation, il faut que les syndicats ouvriers en établissent une semblable pour agir dans le sens contraire.

Tel est le but des *Offices du Travail* qui existent déjà dans plusieurs arrondissements de Paris et que nous voulons fonder dans toutes les villes industrielles.

Dès qu'un ouvrier est blessé, il faut, s'il le peut, ou à son défaut que les témoins de l'accident, ou les parents de la victime, se rendent immédiatement au siège de l'Office du Travail. Là on lui donnera aussitôt l'adresse d'un médecin adhérent à l'Office du Travail, et voisin de son domicile, ou qui aura déjà soigné la famille du blessé. On lui recommandera de ne recevoir aucun agent du patron ou de la Compagnie, pas même le médecin de la Compagnie s'il ne se présente pas accompagné du médecin du blessé. Dès lors, la victime, protégée par l'Office du Travail et par le médecin qu'elle aura choisi sera à l'abri de toute manœuvre contraire à ses intérêts. Pour ne pas s'exposer à des poursuites, le médecin de la Compagnie n'osera plus envoyer à l'hôpital un client qu'il enlèverait ainsi à son confrère ; à moins que, à la suite d'une entente entre les deux médecins, cette mesure ne s'impose dans l'intérêt exclusif du blessé. Puis. l'Office du Travail se chargera de faire immédiatement la déclaration d'accident à la mairie.

En même temps que, par ce procédé le blessé est soustrait aux influences de tous ceux qui ont des intérêts communs avec les Compagnies, on donnera aux blessés l'adresse d'un des avocats dont l'Office du Travail se sera assuré le concours et qui, dès le début, donnera aux victimes les conseils utiles. Ainsi, on évitera encore aux ouvriers de tomber entre les mains d'hommes d'affaire véreux qui souvent s'entendent en sous-main avec certaines Compagnies d'assurances pour faire accepter par le blessé des transactions injustes.

En province surtout, où les organisations ouvrières laissent à désirer, nous prions instamment les avocats et les médecins de s'entendre avec les syndicats ouvriers pour fonder ces Offices du Travail. Les blessés sont généralement transportés à l'hôpital, parce qu'on sait qu'il y a toujours là un interne pour donner immédiatement les soins nécessaires. Eh bien, il faut que l'on sache que dans nos offices dispensaires il y aura toujours un médecin de garde qui soignera aussi bien qu'à l'hôpital. Ainsi disparaît la principale raison du transport à l'hôpital. Comme le blessé sera traité chez nous avec plus d'égards, et qu'il y recevra, les conseils qu'on lui refuse à l'hôpital, il préfèrera à l'avenir se faire conduire dans nos offices.

En outre, comme à l'inverse de ce qui existe dans

la plupart des compagnies, tout se passera honnêtement dans nos offices, nous permettrons aux médecins des compagnies de venir dans nos dispensaires, pour se rendre compte, en présence de nos docteurs, de l'état des victimes. Nos médecins les accompagneront même chez les blessés soignés à domicile.

Mais nous empêcherons toujours les blessés d'aller chez les médecins des compagnies, ou de les recevoir en dehors de la présence de nos docteurs.

Nous faisons remarquer :

Aux avocats, que n'étant pas, au début de l'accident, désignés d'office par le conseil de l'Ordre, ils pourront accepter pour leurs conseils les honoraires modiques que l'Office du Travail s'efforcera de leur offrir.

Aux médecins, que leurs soins leur étant payés au tarif spécial par le patron, nous n'avons *aucun rabais, aucun forfait* à leur demander.

Donc, ni prix, ni avocats, ou médecins spéciaux ; nous acceptons à nos offices tous ceux qui signeront la déclaration ci-dessous ; comme le point important pour l'Office du Travail est de ne pas adresser les blessés à des avocats qui seraient les défenseurs des Compagnies en matière d'accidents du travail, ou à des médecins qui auraient des contacts avec ces Compagnies, nous prions les médecins ou les avocats qui voudraient nous prêter leur concours de bien vouloir nous retourner, signé par eux, le bulletin suivant :

Me *avocat*

ou

Dr (titre scientifique ou spécialiste).

Domicilié à *rue*

Département

Consultations les *à* *heures*

Déclare n'être (avocat ou médecin) *d'aucune compagnie d'assurance en matière d'accident du travail.*

S'engage à demander sa radiation de membre adhérent à l'Office du Travail si dans l'avenir il devient (avocat ou médecin) *d'une Compagnie d'assurances en matière d'accident du travail.*

Le Dr *s'engage à faire le plus ordinairement ses prescriptions sur des feuilles d'ordonnances portant l'avis au blessé, rédigé par l'Union des Syndicats médicaux.*

A *le* 190

SIGNATURE :

Nous publierons leurs noms dans un annuaire spécial qui sera envoyé à tous les ouvriers en leur recommandant de s'adresser de preférence, pour les affaires ordinaires, aux avocats et aux médecins figurant sur cet annuaire.

Voici, du reste, la circulaire que nous nous proposons d'adresser aux médecins :

Office du Travail de

MONSIEUR LE DOCTEUR,

« En s'efforçant d'envoyer les blessés du travail à leurs médecins, les Compagnies d'assurances vous enlèvent chaque jour des clients que vous soignez lorsqu'ils sont malades. Les soins que vous donneriez à ces blessés vous seraient toujours payés, puisque c'est au patron (couvert par une assurance) que vous avez le droit de les réclamer directement.

« Afin d'arracher nos malheureux camarades blessés des griffes des Compagnies et des agents d'affaires véreux, nous avons décidé de fonder dans notre ville et dans votre quartier un *Office du Travail* ; nous nous sommes assurés le concours d'avocats qui défendront, de médecins qui soigneront les blessés du travail.

Chaque fois qu'un ouvrier sera blessé il se rendra à notre permanence de à heure et il trouvera à tour de rôle, un camarade, un avocat ou un médecin, pour faire sa déclaration à la mairie ; nous lui désignerons des avocats et des médecins ; nous lui apprendrons qu'il n'est nullement tenu de se soumettre ni à la visite, ni aux soins des médecins de la Compagnie, que tout au contraire il a intérêt à se faire soigner par un médecin de son quartier, qu'il appellera ensuite pour sa femme et ses enfants malades.

« Nous ferons même en sorte d'avoir un agent de recouvrement qui tout en allant dans les justices de paix pour obtenir paiement du demi-salaire des blessés s'occupera moyennant une faible, rémunération, d'obtenir paiement des honoraires qui vous seront dus par les patrons pour les soins donnés aux ouvriers que nous vous aurons adressés. »

NOTA — En attendant l'organisation de ces offices, nous nous tenons à l'entière disposition de nos camarades fédérés pour leur donner tous les renseignements relatifs à la procédure en matière d'accidents du travail.

Avant de publier cette très intéressante communication nous avons tenu à savoir si elle ne préparait pas, en regard du monopole reproché aux médecins des compagnies, un autre monopole en faveur de tel ou tel confrère qui serait *persona grata* de l'Office du Travail. Désormais bien renseignés, nous sommes autorisés à affirmer qu'il n'y a rien à craindre de ce côté, et que les syndicats ouvriers veulent au contraire *assurer* et *garantir* la liberté de choix du médecin et de l'avocat, et qu'ils s'interdisent rigoureusement et avant tout une pression quelconque sur cette liberté.

Dans ces conditions, nous n'hésitons pas à prédire à leur création nouvelle la sympathie et le concours des médecins qui partagent le souci de respecter le droit de confiance de leurs clients, et nous ne pouvons qu'approuver et encourager l'acte d'initiative qui va s'accomplir dans le milieu ouvrier. Il fait logiquement partie de la campagne d'action défensive dont le programme doit être poursuivi par les alliés.

JURISPRUDENCE MEDICALE

Les honoraires au chirurgien d'hôpital pour soins aux victimes du travail.

Mon cher confrère,

Je vous prie de vouloir bien m'inscrire comme membre du « Sou médical. » Depuis longtemps je voulais le faire, mais j'avais toujours quelque procès pendant qui, en conscience, s'opposait à mon entrée dans votre groupe, avant qu'il fût liquidé.

Je vous ai adressé en leur temps les jugements qui ont terminé ces procès et que j'ai publiés aussi dans la *Revue médicale de Normandie*.

Tous se rapportaient à la question des honoraires du médecin d'hôpital. Le dernier de ces procès, dont je vous adresse le jugement ci-inclus, comme tous les autres m'a donné gain de cause.

Sur les sept actions judiciaires que j'ai dû intenter sur ce point, trois ont vu le feu de la barre et quatre ont été réglés par les compagnies au dernier moment, quelquefois même le matin de l'audience.

Je plains sérieusement ceux de mes confrères qui n'ont pas toujours comme moi, derrière eux une commission administrative intelligente et ménagère des deniers des pauvres, et devant eux, des magistrats aussi sensés que ceux que j'ai eus tant à Lillebonne qu'à Quillebeuf.

Ces compagnies d'assurances vous réservent décidément toujours des surprises.

Au sujet du jugement que je vous adresse, ou plutôt des deux jugements, car le pharmacien de l'hôpital en a obtenu également un, j'ai l'intention de le publier

comme les autres dans la Revue médicale de Normandie. Voulez-vous le *faire apprécier* par votre conseil judiciaire, m'envoyer cette appréciation que j'ajouterai au jugement.

Si vous préférez le publier vous-mêmes, veuillez m'en faire tirer *à mes frais 30 tirages à part.*

Agréez, je vous prie l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Lillebonne, le 27 octobre 1903.

Ott.

Justice de Paix du canton de Quillebeuf-sur-Seine.

11 septembre 1903.

Par exploit de Mᵉ H. Laurant, huissier à Duclair (S.-I.) du 10 août 1903, M. Ott, docteur en médecine, demeurant à Lillebonne (S.-I.) a fait citer M Guibert, entrepreneur de travaux publics à Yainville (S.-I.) devant M. le Juge de paix du canton de Quillebeuf-sur-Seine (Eure) en paiement de la somme principale de trente-huit francs pour soins par lui donnés du 22 janvier au 15 février 1903 à l'hôpital de Lillebonne au sieur D..., ouvrier de M. Guibert, ensemble les intérêts de droit et aux dépens.

L'affaire venue à l'audience du 21 août 1903, le demandeur ayant exposé sa réclamation, les motifs, les circonstances qui, pour lui, la justifiaient, M. Guibert, défendeur, a, par Mᵉ Métayer, son avocat du barreau de Rouen, déposé, pris et développé les conclusions :

« Plaise à M. le Juge de paix se déclarer incom-« pétent *ratione loci* ; très subsidiairement rejeter « l'action du demandeur comme non recevable, au-« cun lien de droit n'existant entre lui et le défen-« deur. »

Les parties entendues et les points de droit se posant des débats eux-mêmes, l'affaire fut mise en délibéré. A l'audience du 11 septembre 1903 fut rendu le jugement :

Nous Juge de Paix,

Vu l'exploit introductif d'instance; notre jugement du 21 août dernier ;

Vidant notre délibéré :

1° *Sur l'exception d'incompétence.*

Attendu qu'en l'espèce il n'y a lieu de se reporter ni à la loi du 25 mai 1838 déterminant la compétence des magistrats cantonaux, ni à l'article 59 du C p.c. ; Que seule la loi du 9 avril 1898 régit la matière ; que ses art. 4 et 15 attribuent en dernier ressort la compétence du litige au juge de paix du lieu de l'accident ; que ce principe est encore implicitement posé par l'art. 16, même loi ;

Attendu que cette compétence *ratione loci*, qui « déroge ainsi au droit commun, se justifie par les « facilités qu'elle donne pour l'instruction, l'accélé-« ration des procès, la simplification de la procédu-« re», et émane des principes dont le législateur s'est inspiré pour imprimer à la loi du 9 août 1898 « les conséquences essentielles » qu'il lui voulait, « et affirmer un droit nouveau entre patrons et ou-« vriers aussi bien que l'évolution opérée dans les « conceptions juridiques et sociales par la transfor-« mation économique du monde moderne.»

(Circ. de M. le garde des sceaux et M. le ministre du Commerce 10 juin, 24 août 1899.)

Attendu que les accidents dont s'agit en l'instance sont survenus dans le canton de Quillebeuf (Eure), chantier de la digue Saint-Léonard près Saint-Aubin sur Quillebeuf ; travaux de la Basse-Seine ;

2° *Sur l'action du Dʳ Ott et le paiement de ses honoraires.*

Attendu que, ne pouvant se méprendre sur la valeur de l'exception d'incompétence qu'il soulevait, le défendeur a vainement prétendu qu'il n'était tenu des frais médicaux et pharmaceutiques, et ne pouvait l'être qu'envers l'ouvrier ou l'hospice, que toute action directe du médecin était irrecevable, mal fondée ;

Attendu qu'il est de jurisprudence que le patron tenu des frais médicaux et pharmaceutiques est obligé indistinctement envers l'ouvrier, le médecin ou le pharmacien , qu'en effet, ces frais étant complètement distincts de la demande en indemnité pour une incapacité quelle qu'elle soit, et à la charge du patron pendant toute la durée de la maladie ou jusqu'à la consolidation complète des blessures, devaient donner et donnent contre le patron ou chef d'entreprise une action directe soit de l'ouvrier soit du médecin ou pharmacien, par cela même que cette action est appelée à consacrer et sanctionner l'obligation imposée par l'article 4, loi du 9 août 1898 ; que, quel que soit celui qui l'exerce, cette action, que donnent encore tout à la fois et l'art. 1166 du Code civil, et l'art. 15, loi du 9 août 1898, a pour but d'assurer d'abord aux ouvriers victimes d'accidents du travail industriel tous les secours immédiats constants dont ils peuvent avoir besoin, et d'autre part aux médecins et pharmaciens la juste rémunération des services rendus, par l'exercice, la poursuite en remboursement de la créance personnelle que leur a reconnue et garantie l'art. 2101, n° 6, du Code civil ;

Attendu que l'obligation qui en vertu de l'article 4, loi du 9 avril 1898, incombe au patron, à l'entreprise, de payer les frais médicaux et pharmaceutiques en entier, lorsque le patron, chef d'entreprise, soit par lui-même, soit par ses représentants, a désigné le médecin chargé de soigner le blessé, est identique si ce blessé est en traitement dans un hospice ou hôpital ;

Attendu que, bien que non libellée dans le texte même de la loi, cette conséquence résulte de la circulaire de M. le garde des sceaux du 10 juin 1899 : « les « frais médicaux et pharmaceutiques sont payés en « entier par le patron lorsque ce dernier a désigné « le médecin ou que la victime est soignée dans un « hôpital. » que c'est là l'application rationnelle de la loi ;

Attendu d'ailleurs que des débats de la cause il est ressorti d'une façon indiscutable : 1° que le premier juin 1902, M. Guilbert, entrepreneur, a personnellement sollicité et obtenu de l'hospice de Lillebonne, l'admission de ses ouvriers occupés par lui et ses blessés à son chantier de Saint-Léonard près Quillebeuf, admission aux conditions fixées par le règlement du service intérieur du dit hospice adopté les 8 juillet, 13 août 1901, approuvé par M. le préfet de la Seine-Inférieure 28 août, même année ; 2° que le 8 février 1903, M. Guilbert a, comme il l'avait fait antérieurement, informé M. le Dʳ Ott des accidents survenus à ses ouvriers et l'a prié de leur donner d'urgence tous les soins que réclamait leur état soit dans son cabinet ou à défaut au domicile du blessé; 3° que, vu l'urgence du traitement, l'impossibilité matérielle où M. Gilbert s'est trouvé de faire soigner ses ouvriers blessés soit chez eux soit au chantier de Saint-Léonard, ces ouvriers ont par lui été envoyés à l'hospice de Lillebonne ; qu'ils y ont été soignés par le docteur Ott, médecin de son choix aux conditions du règlement du dit hospice ; 4° Qu'aux termes de l'article 28 du règlement, « les ho-« noraires du médecin, la dépense des médicaments « et tous autres frais quelconques que l'ouvrier bles-« sé pourrait occasionner pendant son séjour à l'hos-« pice, ne sont point compris dans les frais de l'hos-« pice ; que tous ces frais médicaux et pharmaceu-« tiques doivent être acquittés en sus du prix fixé « pour l'hospice par le patron responsable ; que ces « frais sont toujours réservés » ;

Attendu que cette réserve expresse au profit des médecins et pharmaciens de l'hospice de Lillebonne ne se comprendrait pas si elle était autre que l'action personnelle directe que le défendeur a cherché à leur dénier ;

Attendu que le docteur Ott est médecin de l'hospice de Lillebonne; que, vu le règlement de l'hospice et les circonstances de la cause, y aurait-il à se reporter aux articles 1134-1135 du Code civil, la demande se justifierait encore à tous égards ;

Attendu enfin que, sans avoir à apprécier ou discuter en quoi que ce soit le règlement de l'hospice de Lillebonne, sans vouloir y prétendre, il n'est point sans intérêt de relever que l'art. 28 dudit règlement n'a, évidemment et dès les 8 juillet et 13 aout 1901, été inspiré que par les considérations, les motifs d'ordre supérieur, d'équité, de solidarité sociale qui, le 22 novembre 1902, ont été affirmées par la circulaire de M. le ministre de l'Intérieur, prescrivant aux hôpitaux une distinction entre le prix de journée et les frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par des ouvriers victimes d'accidents du travail, et l'exclusion de ces frais en pareille matière ; prescriptions ministérielles comportant d'elles-mêmes : 1° que les victimes d'un accident du travail, bénéficiaires par la loi du 9 août 1898 d'indemnités spéciales dûment garanties, ne pouvaient être considérées comme des indigents ; 2° que les patrons ne pouvaient, envers leurs ouvriers blessés, bénéficier de la loi du 15 juillet 1893 ; 3° que les médecins et de pharmaciens d'hospices ou hôpitaux n'ont pas à donner les soins gratuits aux hospitalisés payants ;

Attendu qu'aucun grief n'a été fait contre le quantum même des honoraires réclamés et s'élevant à la somme modique de trente huit francs ;

Par ces motifs :

Rejetant l'exception d'incompétence, nous déclarant compétent, retenant l'affaire, statuant contradictoirement en premier ressort vu le déclinatoire d'incompétence soulevé : disons le Dr Ott recevable et fondé à réclamer directement à M. Guibert, entrepreneur, le paiement des honoraires qui lui sont dus pour soins donnés à des ouvriers victimes d'accidents du travail et hospitalisés à l'hospice de Lillebonne (Seine-Inférieure) ; condamnons M. Guibert à payer au Dr Ott la somme de trente-huit francs montant des dits honoraires, ensemble les intérêts que de droit ; le condamnons en outre aux dépens liquidés à seize francs 45 cent. en ce, non compris les coût du présent jugement et ses suites s'il y a lieu.

Signé : Alfred Desains, *juge de paix*.

Leuret, *greffier*.

Le 11 septembre 1903, M. le Juge de paix du canton de Quillebeuf-sur-Seine rendait même décision au profit de M. Hommin, pharmacien à Lillebonne, contre M. Guibert, entrepreneur, qu'il condamnait au paiement de 78 fr. 70 pour médicaments fournis à des ouvriers blessés aux chantiers de Saint-Léonard-sur-Quillebeuf (Eure) et hospitalisés à Lillebonne (S.-Inf.)

Observations. — 1re *partie* : *Sur la question de compétence*. — La controverse qui s'est produite depuis le commencement de l'application de la loi du 9 avril 1898 sur la question de savoir si l'article 15 avait entendu ne donner compétence, pour juger les contestations relatives aux frais médicaux et pharmaceutiques, au tribunal de paix du lieu de l'accident, qu'entre les chefs d'entreprises et les victimes d'accidents elles-mêmes, à l'exclusion des tiers ayants cause de ces dernières, a été définitivement tranchée, dans le même sens que le tribunal de paix de Quillebœuf, par la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation le 13 juillet 1903, laquelle a rejeté le pourvoi formé contre un jugement du tribunal de Versailles du 22 février 1901, qui avait admis la compétence du tribunal de paix du lieu de l'accident pour statuer sur la demande d'une Commission administrative d'hôpital contre un chef d'entreprise, tendant au paiement du prix des journées d'hospitalisation d'un blessé du travail (*Bulletin du Syndicat des médecins de la Seine* du 15 octobre 1903, n° 10; *Concours médical* du 25 juillet 1903, n° 30). Toute divergence sur ce point doit à l'avenir disparaître de la jurisprudence.

2e *partie*. — *Sur la question de l'action directe*. — La décision du juge de paix de Quillebœuf est parfaitement motivée en droit. « L'action en paiement soit du médecin soit du pharmacien ne peut être qu'une action directe, pour cela même qu'elle est appelée à consacrer et à sanctionner l'obligation inscrite dans l'article 4 de la loi de 1898, qui dit que le chef d'entreprise supporte les frais médicaux. Cette conséquence découle d'ailleurs implicitement de l'arrêt de la Chambre des Requêtes du 13 juillet 1903, car l'attribution au tribunal de paix de toutes contestations relatives aux frais médicaux et pharmaceutiques, même entre tiers, créanciers des dits frais et les chefs d'entreprise, implique nécessairement que les premiers ont le droit d'agir contre les seconds.

Au surplus, les médecins, comme les hospices, auraient tout au moins le droit d'exercer l'action oblique de l'article 1166 du Code civil, c'est-à-dire l'action de leur débiteur, l'ouvrier, contre le patron débiteur de ce dernier, ainsi que le dit avec juste raison le juge de paix de Quillebœuf. (*En ce sens* : Cour de Dijon (motifs de l'arrêt) 26 novembre 1901, Rec. de Besançon 1902. 17 — *Contra* : Jugement du Tribunal civil de la Seine 27 mars 1902, frappé d'un pourvoi devant la Cour de Cassation (par les soins du « Sou Médical »)

Quant au droit des médecins d'hôpital de réclamer des honoraires aux malades non indigents, lorsque les règlements de l'hôpital le leur réservent ou lorsqu'une convention particulière a été passée à cet égard entre eux et les intéressés, il a été reconnu par l'arrêt de la Cour de Montpellier du 26 mars 1900 (Sirey 1902. 2. 205), et le jugement du tribunal civil d'Agen 17 mai 1902 (*Gazette du Palais*, 1902. 2. 135). Le juge de paix de Quillebœuf invoque avec beaucoup de raison, et tout en s'interdisant de contrôler la validité des règlements institués par les commissions hospitalières et revêtus de l'approbation administrative, la circulaire de M. le Ministre de l'Intérieur du 22 novembre 1902, comme autorisant les administrations hospitalières, à réserver aux médecins le droit de réclamer des honoraires pour soins donnés aux hospitalisés non indigents. Cette circulaire ne signifierait rien en effet si elle n'autorisait pas les commissions administratives, auxquelles elle prescrit de faire la distinction entre le prix des journées d'hôpital et le montant des frais médicaux et pharmaceutiques pour soins aux victimes d'accidents du travail, à réserver aux médecins le droit à ces honoraires qui sont la rémunération de leurs peines et soins, soit que le droit de les réclamer directement leur soit réservé, soit que l'hôpital se charge de les recouvrer pour les leur remettre. L'acte de quelques commissions hospitalières qui, après avoir encaissé les frais médicaux sur des notes établies distinctement des prix de journées, se les sont attribués purement et simplement, est entaché d'arbitraire et constitue une spoliation, au préjudice des médecins, contraire à à la fois aux règles du droit et à l'esprit de la circulaire ministérielle. Il serait intéressant de pouvoir, en pareil cas, saisir les tribunaux de l'action d'un médecin spolié contre une commission hospitalière spoliatrice. Le « Sou Medical » — en pareil cas, ne faillirait pas à sa tâche.

Georges Gatineau,
avocat à la Cour, Conseil du « Sou Médical »

Tribunal civil de Pontoise

Audience du 10 novembre 1903.

Pharmacien. Responsabilité civile. Insinuations. Propos malveillants. Préjudice causé à ce médecin. Dommages et intérêts.

Le pharmacien, qui tient des propos de nature à jeter la déconsidération sur un médecin et qui se livre à des critiques sur les ordonnances de ce dernier en lançant des insinuations tendant à faire suspecter sa moralité ou son savoir, doit être condamné à réparer le préjudice subi par le médecin qui a été victime de ses agissements.

Dr P... contre C...

Le tribunal :

Attendu qu'il résulte des enquêtes et compléments d'enquêtes auxquels il a été procédé que C., pharmacien, a tenu à plusieurs reprises, des propos de nature à jeter la déconsidération sur le Dr P..., soit par suite des critiques auxquelles il se livrait sur les ordonnances de ce dernier et leur inefficacité, soit par suite des insinuations ou des réflexions tendant à faire suspecter la moralité de ce médecin ou son savoir ;

Qu'en outre, Cr.. a engagé les clients du Dr P... à aller consulter un autre médecin et même a proposé d'en faire venir ; qu'il a refusé catégoriquement d'exécuter les ordonnances formulées par le Dr P..., et qu'au premier témoin entendu dans l'enquête, Cr.. a fait observer que la pommade prescrite par le Dr P... ne serait pas assez forte et en a livré une autre qu'il annonçait comme devant être plus efficace ; enfin, qu'au même témoin, il a donné le conseil de prendre un médecin de Paris ;

Attendu qu'au 2e témoin, Cr.. a offert de faire venir un médecin de Paris ; qu'au 3e témoin, il a dit « le Dr S... n'a pas su conserver la clientèle du Dr M... ; je me demande si celui-là (le Dr P...)saura l'augmenter..... le Dr P... est bien jeune...... et (ajoutant en souriant) on dit le Dr P... très doux ; *c'est ce qui plaît aux dames* »;

Qu'en outre, Cr.. a déclaré formellement au 4e témoin qu'il se refusait d'exécuter les ordonnances du Dr P... et lui a offert de téléphoner au Dr X... pour le mander;

Qu'il a également engagé le 5e témoin et le 10e à prendre le Dr X.. en déclarant au 5e témoin: « je ne veux pas entendre parler de ce qui sort de chez le Dr P... il me *dégoûte.* » Qu'il a d'ailleurs dit aux 12e et 15e témoins: « Je ne fais aucune ordonnance du Dr P... » ;

Que Cr.. a dit enfin aux 7e et 11e témoins «P... prend plus cher que les autres médecins, il faut être riche pour se faire soigner par lui, il va vous faire languir, il prescrit certaines spécialités parce *qu'il gagne 2 fr. par bouteille* » ;

Attendu que tous ces agissements n'ont pu que nuire et préjudicier au Dr P...

Attendu que dans la contre-enquête, on ne peut relever aucun acte ou propos de la part du Dr P... pouvant atteindre en quoi que ce soit Cr..., qu'au contraire, il en résulte que ce médecin engageait les malades à s'adresser aux pharmaciens du pays, ajoutant qu'il valait mieux faire vivre ceux de la localité sans en désigner un de préférence à l'autre ;

Qu'ainsi il n'y a lieu de s'arrêter à la demande reconventionnelle de Cr.

Qu'au contraire, il y a lieu de faire droit à la demande en dommages et intérêts formée par le Dr P... contre Cr.. en raison des agissements de ce dernier et du préjudice qui en résulte par le Dr P...

Par ces motifs :

Condamne Cr.. à payer au Dr P... la somme de 2.500 à titre de dommages et intérêts en réparation du préjudice à lui causé.

Condamne Cr.. à tous les dépens.

CORRESPONDANCE

Et nos derniers sérums ?

Mon cher Confrère,

Comme tous les journaux, vous avez parlé de la sérothérapie de la fièvre typhoïde. Au bout d'un an environ, vous avez demandé pourquoi on n'en parlait plus.

Puis est venue la communication de M. Chantemesse au Congrès du Caire.

Nous avons des fièvres typhoïdes ici comme partout ; voulant essayer du sérum, j'en demandai aux pharmaciens ; ils n'eurent pas de réponse de leurs fournisseurs. J'écrivis alors au Dr Chantemesse, il y a bien deux mois, lui disant mon embarras en lui demandant à qui m'adresser.

Pas de réponse.

Pourriez-vous me dire à qui il faut en demander ?

C'est une question qui intéresse tout le monde et dont la réponse sera utile dans la correspondance.

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments,

Dr A. LEMAIRE.

Honoré confrère,

Le silence de M. Chantemesse vous étonne. — Si vous voulez bien examiner avec moi les considérations qui le motivent, vous verrez comment ce silence est explicable, combien il est prudent et bien inspiré.

Au bon vieux temps, quand un prince de la science avait, après de nombreuses expériences, extrait d'une plante médicinale la substance active qu'elle contient, quand il en avait mesuré l'efficacité, *in anima vili*, et essayé, sur les malades de son service, à doses progressives et lentement graduées, l'action médicamenteuse, il faisait à l'Académie de médecine ou à la Société médicale de sa région une *communication.*

Des journalistes de notre carrière recueillaient ses paroles, enregistraient ses réticences, les conseils de prudence qu'il donnait à ceux qui, après lui, voudraient expérimenter les vertus curatives de la nouvelle substance. — Puis, dans un article médical, publié dans un journal de médecine, avec les commentaires appropriés, la nouvelle découverte prenait son essor et venait trouver des médecins laborieux et expérimentés comme vous, qui prudemment contrôlaient ces expériences et en étendaient le champ et la portée.

Chacun, en temps utile, apportait sa petite pierre à l'édifice.

En est-il de même aujourd'hui ?

Comment les grandes et petites découvertes arrivent-elles à notre connaissance ?

Ce sont maintenant vos clients qui vous saluent par cette phrase bien connue :

Eh bien ! docteur, connaissez-vous la grande découverte ?

Et vous de répondre négativement.

Le client vous tend alors d'un air de triomphe et de supériorité son journal et vous lisez :

« *La plus grande découverte du siècle.* — Le célèbre docteur X..., a fait hier à l'Académie de médecine, une communication qui va révolutionner le monde médical.

« Nous sommes heureux d'en donner la primeur à nos lecteurs. *Il* a découvert le microbe jusqu'alors introuvable qui donne naissance au poil de la main ; il a inventé également le sérum qui permet la guérison rapide et radicale de cette infirmité si tenace et jusqu'ici rebelle à tous les traitements..... » Et l'article continue, dithyrambique et en quatre colonnes. »

Docteur, ajoute votre client, c'est bien mon cas.— Procurez-vous de suite le sérum en question, il m'en faut coûte que coûte.

Aussi les hommes de science y regardent-ils à deux fois avant de faire une communication, fatalement retentissante.

Ils baissent le ton, sachant bien que la grande voix de la grande presse va enfler la leur, quitte à en dénaturer le sens et l'expression.

D'autres accentuent encore ce sentiment de défiance envers eux-mêmes, et coupent toutes leurs attaches, soucieux avant tout de la dignité et du bon renom des compagnies plus ou moins illustres auxquelles ils appartiennent.

Mais, me direz-vous, pourquoi livrer au public des inventions, quand elles ne sont pas suffisamment mûries, étayées sur des arguments irréfutables et sur des expériences absolument concluantes ?

— Eh bien ! et la question de priorité, qu'en faites-vous ?

C'est une nécessité de l'heure présente.

Les mêmes problèmes, sous toutes les latitudes, préoccupent les hommes de science ; il faut prendre date et éviter à tout prix qu'un concurrent heureux vous prive du fruit et de l'honneur d'une découverte importante.

Il n'y a pas si longtemps que deux savants ont trouvé le même jour, à la même heure, la solution d'un problème que d'autres avant eux avaient cherché pendant des années.

Concluez, comme moi, qu'un peu de prudence ne messied pas après cette course au clocher pour les communications sensationnelles. On la pratique du reste, Dieu merci. En voici les preuves.

Notre confrère Jeanne, par exemple, n'a pu obtenir à l'Institut Pasteur, pour un des siens, convalescent de diphtérie, les pastilles de sérum dont M. le Dr Martin avait entretenu l'Académie de médecine.

M. le Dr Mignon (des Mureaux) n'a pas été plus heureux pour le sérum antidysentérique, près de M. le Dr Lesage. Celui-ci tient, paraît-il, à enregistrer 800 succès avant de promulguer sa découverte.

Enfin, vous savez la mésaventure de Marmoreck aussi bruyamment annoncée que ses espérances, et par les mêmes journaux !

Ne vous étonnez donc plus du silence des inventeurs eux-mêmes : la parole est d'argent, mais le silence devrait être d'or devant la grande presse. H.C.

Et puis, par dessus tout cela, il y a la loi qui ne permet la vente des sérums que quand ils sont *autorisés* !

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Le Syndicat médical du canton d'Hyères, dans sa séance du 13 novembre 1903,

Saisi de la question du tarif des honoraires du médecin d'hôpital, pour soins donnés à l'hôpital à un ouvrier victime d'un accident du travail ;

Considérant que ne peut être assimilé à un indigent relevant de l'Assistance publique cet accidenté, protégé qu'il est par la loi du 9 avril 1898, laquelle met les frais médicaux et autres causés par l'accident à la charge de son patron ou d'un assureur substitué à ce patron ;

Proteste contre l'insuffisance, dans ces conditions, de la rémunération du médecin par le tarif de l'Assistance publique, pour le service de ses indigents ;

Dit qu'il y a lieu de signaler cette insuffisance aux Pouvoirs publics et de leur demander de prescrire aux commissions administratives des hôpitaux d'adopter le tarif *ouvrier* des syndicats médicaux pour l'application de l'arrêté ministériel du 22 novembre 1902.

Le Président,
Dr MARQUEZ.

Hyères, le 14 novembre 1903.

Mon cher confrère,

En ma qualité d'administrateur de l'hôpital-hospice de la ville d'Hyères, dont je suis le médecin depuis plus de quarante ans, j'ai saisi notre syndicat de la question des honoraires que les médecins et chirurgiens de notre établissement hospitalier ont le droit de réclamer aux entrepreneurs pour les soins donnés à leurs ouvriers, victimes des accidents du travail et dirigés par eux dans nos services. J'ai donné connaissance aux membres de notre syndicat du rapport que j'ai été chargé de faire sur cette question par la commission administrative dont je fais partie et que cette commission a adopté à l'unanimité.

Cette question intéresse tous les établissements d'Assistance publique qui peuvent recevoir, dans des conditions identiques, des victimes des accidents du travail, et il serait bon, je crois, de publier ce rapport et de provoquer à ce sujet dans la presse médicale une espèce de referendum auquel devraient prendre part tous les hôpitaux et tous les syndicats.

Le nôtre a commencé et je vous serais très obligé, si vous vouliez bien publier, à la suite de mon rapport, l'extrait de la délibération qui vient de m'être envoyé par notre vénéré président, M. le Dr Marquez.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr VIDAL.
Correspondant national de l'Académie de médecine.

La Commission administrative de l'hôpital-hospice de la ville d'Hyères (Var), s'est réunie à l'effet de prendre connaissance de la lettre de M. le sous-préfet de Toulon en date du 27 juillet 1903, concernant l'application, aux victimes des accidents du travail en traitement à l'hôpital, du tarif fixé par le règlement départemental sur l'assistance médicale gratuite, ci-après :

« Toulon, le 27 juillet 1903.

« Le sous-préfet de Toulon à M. le maire « d'Hyères.

« Par délibération du 22 mai dernier, la Commission administrative de l'hôpital-hospice « d'Hyères a déterminé le prix de journée applicable aux victimes des accidents du travail.

« Je crois devoir appeler votre attention, sur « l'intérêt qu'il y aurait à ce que la Commission « administrative spécifiât le montant de l'indemnité qu'elle veut réclamer pour toutes les « fournitures de médicaments.

« Aux termes de la résolution votée le 12 juin « 1902 par le Conseil supérieur de l'Assistance « publique et dont vous trouverez le texte au « n° du *Recueil des actes administratifs*, « les frais médicaux et pharmaceutiques doivent être perçus suivant le tarif fixé par le « règlement départemental sur l'assistance médicale gratuite.

« Il doit en être de même pour les opérations « dont le tarif a été arrêté par le Conseil général du Var dans sa séance du 17 octobre 1900.

« J'ai l'honneur de vous transmettre l'exemplaire du règlement départemental et de vous « prier de faire modifier la délibération susvisée dans le sens des observations qui précèdent.

« Le sous-préfet,
« *Signé* : ROUX-LAVILLE. »

Après avoir entendu le rapport de M. le Dr Vidal, administrateur de service et après discussion :

La Commission administrative :

Considerant, que les ouvriers victimes des accidents du travail, tout en pouvant être considérés individuellement comme des indigents, et bénéficier comme tels du règlement sur l'assistance publique médicale et gratuite adopté par le Conseil général du Var, *perdent cette qualité d'indigent*, par le fait qu'ils sont envoyés par un entrepreneur responsable, dans un établis-

sement d'assistance ; que la personnalité de l'entrepreneur reste seule en cause à partir du moment où, sur sa demande, un de ses ouvriers blessé a été reçu à l'hôpital ;

Que l'entrepreneur, pécuniairement responsable des accidents du travail dont ses ouvriers peuvent être les victimes, ne saurait dans aucun cas être considéré lui-même comme un indigent et bénéficier des tarifs fixés par le Conseil général du Var, pour l'application, à domicile, de la loi sur l'Assistance publique et gratuite ; que rien dans la loi ne force les entrepreneurs à faire soigner dans les établissements d'assistance leurs ouvriers qui ont subi des accidents du travail ;

Que, d'un autre côté, les victimes des accidents du travail (alors même qu'ils sont employés dans les manufactures de l'Etat), sont libres de refuser de se rendre dans les établissements d'assistance et peuvent exiger de se faire soigner dans leurs domiciles, qu'ils sont aussi libres de choisir leur médecin et qu'ils peuvent prendre les médicaments chez le pharmacien de leur choix ;

Que, par conséquent, il serait injuste de faire bénéficier les entrepreneurs des tarifs réduits qui ont été adoptés par le Conseil général du Var, dans le seul but de faciliter l'application de la loi sur *l'assistance gratuite des indigents* ;

Que le traitement des victimes des accidents du travail dans les salles des hôpitaux présente, grâce à l'incontestable honorabilité des chefs de service, des garanties qui sont communes aux intéressés, patrons ou employés ;

Que, du reste, les entrepreneurs peuvent obtenir par un mandat de justice, que leurs blessés soient visités par un autre médecin, en présence du chef de service et, en cas de contestation, par un tiers expert, nommé par le tribunal ;

Que, par conséquent, les dits chefs d'entreprises doivent prendre à leur charge toutes les dépenses occasionnées dans les établissements d'assistance par leurs ouvriers blessés, c'est-à-dire payer intégralement tous les frais de séjour, de traitements, de pansements, d'opérations et autres, généralement quelconques, tout comme si ces victimes des accidents du travail étaient soignés par le médecin de leur choix et dans leurs familles ;

Considérant, en outre, que plusieurs jugements de justice de paix et de tribunaux sont conformes à cette manière de voir (voir brochure Diverneresse, page 121 et suivantes) ;

Que, notamment, un arrêt tout récent de la Cour de cassation en date du 13 juillet 1903 (voir le numéro du 16 juillet 1903 de la *Gazette des Hôpitaux*), confirme un jugement rendu le 22 février 1901, par le tribunal de première instance de Versailles, au profit de l'hospice de cette ville ;

Que cet arrêt de la Cour de cassation fixe désormais la jurisprudence à cet égard et rend les chefs d'entreprises pécuniairement responsables de tous les frais de traitement et autres occasionnés par leurs employés, victimes des accidents du travail ;

La Commission administrative de l'hôpital-hospice de la ville d'Hyères a l'honneur de prier M. le préfet du Var de bien vouloir appuyer auprès des pouvoirs publics compétents, ainsi qu'auprès du Conseil général du Var, la demande qu'elle leur adresse, de ne pas appliquer aux victimes des accidents du travail les tarifs établis en vue de l'application *de la Loi sur l'assistance aux indigents*, ou bien de modifier les tarifs actuels, ou bien enfin de tolérer, sous la rubrique de *ces usages locaux* prévus par la circulaire ministérielle, l'application aux victimes des accidents du travail, soignés dans l'hôpital-hospice de la ville d'Hyères, le tarif déjà réduit, adopté par le Syndicat des médecins de cette ville et appliqué par eux à ces mêmes victimes du travail *quand ils les soignent à domicile.*

La Commission administrative, prie, en terminant, M. le préfet du Var, de vouloir bien remarquer, que cette question des tarifs intéresse tous les hôpitaux en général et que la loi sur l'assistance gratuite des indigents n'a pas été faite dans le but d'enrichir les compagnies d'assurances françaises ou étrangères, qui remplacent les chefs d'entreprises pour le règlement des indemnités accordées aux victimes des accidents du travail,

Et ont, les délibérants, signé au registre.

Pour copie certifiée conforme :

Le Maire,

Président de la Commission administrative.

REPORTAGE MÉDICAL

L'administration quarantenaire d'Egypte met au concours sur titres deux places de médecins pour le service de surveillance et de la désinfection à Suez et aux Sources-de-Moïse. Le traitement, qui primitivement est fixé à 8.000 fr. par an, pourra s'élever progressivement à 12.000 francs.

Les demandes des candidats devront être adressées à la présidence du conseil quarantenaire à Alexandrie.

Les médecins étrangers en Italie. L'exercice de la profession médicale — Rome, 14 décembre. — A la Chambre, M. Santini développe une interpellation concernant les médecins étrangers qui exercent leur profession en Italie.

M. Giolitti dit que la loi sanitaire permet aux médecins étrangers d'exercer leur profession en Italie lorsqu'ils sont appelés dans des cas spéciaux ou lorsqu'ils soignent seulement les étrangers. Si ces médecins soignent aussi les malades italiens, ce sont là des abus que le gouvernement s'efforcera de faire disparaître.

M. Giolitti reconnaît l'opportunité de demander aux nations étrangères le droit de réciprocité, il s'engage à entamer immédiatement des négociations.

D'ailleurs, il ne croit pas que les médecins étrangers soient en assez grand nombre, en Italie, pour constituer un danger considérable de concurrence.

Le ministre de l'instruction publique, M. Orlando, déclare qu'il admettra aux examens seulement les médecins étrangers ayant achevé leurs études dans les Universités de renom, reconnues par la Faculté de Médecine et le Conseil supérieur de l'Instruction publique. (*Eclair.*)

Commission de la tuberculose. La commission permanente de préservation contre la tuberculose, instituée au ministère de l'Intérieur, vient d'adopter à l'unanimité les conclusions suivantes :

1° Dans les hôpitaux publics, les administrations compétentes doivent éviter toutes relations directes ou indirectes entre les malades tuberculeux et les malades non tuberculeux.

2° Les tuberculeux doivent être soignés dans des hôpitaux distincts et qui leur seront exclusivement consacrés.

3° Les villes qui possèdent plusieurs établissements hospitaliers seront invitées à affecter immédiatement un ou plusieurs de ces établissements aux tuberculeux.

4° Là où l'affectation d'un hôpital tout entier est impossible, des quartiers spéciaux doivent être exclusivement réservés aux tuberculeux.

5° Là où l'affectation des quartiers n'est pas immédiatement réalisable, en aucun cas les tuberculeux ne pourront être soignés dans les salles communes.

La commission a ensuite adopté des modifications aux lois du 10 mars 1894 et du 12 juin 1893 sur l'hygiène des ateliers, et fait voter les conclusions suivantes :

1° La substitution du lavage au balayage dans les ateliers, dont le sol doit être imperméable. Cette opération devra être faite le soir ou au moins une heure avant le travail.

2° L'obligation d'installer des crachoirs hygiéniques en nombre suffisant, et interdiction absolue de cracher sur le sol.

3° L'apposition d'affiches contenant les mesures d'hygiène prophylactique contre la tuberculose.

La source ferrugineuse et arsenicale de la Butte-aux-Cailles. — M. le conseiller municipal H. Rousselle vient de signaler en plein Paris l'existence d'une nappe d'eau minérale arsenicale ferrugineuse placée à 500 mètres de profondeur. Elles'est révélée par des sondages qui ont fait jaillir une eau dont la température est de 28°, et donne un débit de 6000 mètres par jour.

Projets, rêves, châteaux en Espagne, hantent depuis lors toutes les cervelles ; les placers de la Mayenne ont seuls réussi à tourner d'un autre côté les chercheurs de trésors.

Société médicale des Praticiens. — La Société médicale des Praticiens vient de renouveler son bureau pour 1904.

Ont été élus : Président : Dr Paul Archambaud ; Vice-présidents : Drs Mercier et Le Bayon ; Secrétaire général : Dr P. Barlerin ; Secrétaires des séances, Dr Foveau de Courmelles et Roy.

Le nombre des étudiants en médecine diminue à Paris. — A la dernière réunion commune du Conseil académique et du Conseil de l'Université de Paris, M. le doyen Debove a signalé avec satisfaction, à cause de l'encombrement de la profession, une légère diminution dans le chiffre des étudiants en médecine inscrits cette année. Il a rappelé l'utilité de prévenir les jeunes gens, dès le lycée, de cet encombrement et des difficultés qu'il leur réserve. C'est ce que fit le « Sou médical » il y a deux ans, en adressant le rapport de M. le Dr Gouffier aux établissements d'enseignement secondaire.

La suppression des décorations. — Les candidats aux décorations viennent de l'échapper belle. M. Mirman, député, a obtenu l'urgence pour un projet de suppression des décorations. Cet homme sans pitié pouvait bien laisser passer le jour de l'an. Heureusement l'urgence ne signifie rien en cette affaire : il passera beaucoup d'eau devant le Palais de la Légion d'honneur avant que notre petite marotte succombe sous le coup dont on l'a encore une fois menacée.

Les fédérations mutualistes et la tuberculose. — D'après le *Mutuelliste* de Bruxelles, la *Fédération neutre des Sociétés de secours mutuels de Huy* est entrée résolûment en lutte contre la tuberculose. Au commencement de cette année, elle a fusionné sa caisse de réassurance avec une caisse pour les tuberculeux. Tout affilié reconnu atteint de tuberculose à n'*importe quel degré* reçoit, comme indemnité, un supplément de 3 francs par semaine, au-delà de ce que lui accorde sa société pour maladie ordinaire ; cette indemnité peut lui être versée jusqu'au 24° *mois* de l'incapacité de travail. La caisse prend en outre à sa charge, jusqu'à concurrence de 4 francs par jour, les frais d'entretien, au sanatorium de Borgoumont, de sociétaires *admissibles*, dont la phtisie a été reconnue dès son début et dont la guérison est certaine. Pour jouir de ces avantages, le malade doit subir, au dispensaire de Huy, une visite du médecin-directeur qui aide le médecin traitant dans son diagnostic et délivre, concurremment avec ce dernier, un certificat de maladie.

Ce système paraît devoir être adopté par d'autres fédérations.

Diverses sociétés ont fondé, dans leur sein, des caisses de secours pour leurs tuberculeux.

La désinfection à Paris. — Les progrès de la désinfection à Paris :

Sur 1,443 décès qui ont eu lieu en 1902 dans le 3° arrondissement, 713, presque exactement la moitié, ont été causés par la tuberculose, et sur 233 désinfections opérées pour maladies contagieuses, 145, c'est-à-dire les deux tiers, ont été faites pour tuberculose, sur la demande des intéressés, tandis que 88 seulement ont été pratiquées pour l'ensemble des autres maladies transmissibles.

D'ailleurs, un certain nombre de propriétaires commencent à faire spontanément désinfecter les logements devenus vacants dans leurs immeubles, quand ils apprennent qu'un tuberculeux avéré y a séjourné ou y a succombé.

Ligue des médecins et des familles. — Le ministre de la marine a autorisé, le 21 novembre 1903, les officiers des différents corps de la marine à faire partie de la « Ligue des médecins et des familles pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles », dont le siège est à Paris, 37, rue des Mathurins.

Faculté et hôpitaux.

Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. — M. le Dr J. Voisin commencera ses leçons sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi 7 janvier 1904, à 10 h. à la Salpêtrière, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. L'étude de cette année portera sur « les enfants arriérés et leur traitement médico-pédagogique. »

— Des travaux pratiques pour l'étude du droguier commenceront le 5 janvier, au laboratoire de Pharmacologie et de matières médicales. On s'inscrit au laboratoire les mardis, jeudis et samedis de 3 à 4 h. Les droits à verser sont de 50 frs.

M. Pierre Sebileau, agrégé, chirurgien des hôpitaux, chargé du cours de clinique annexe à la Faculté de médecine, commencera son cours sur les maladies du nez, du larynx, du pharynx, de la bouche et des oreilles, le vendredi 29 janvier, dans son service de l'hôpital Lariboisière, à 9 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure (lundi : examen de malades ; mercredis : opérations ; vendredi : leçon à l'amphithéâtre).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Dheilly, de Candas (Somme), membre du « *Concours Médical* ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année — N° 2 — 9 JANVIER 1904



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

La Participation et la Financière médicale

De plusieurs côtés, des confrères que nous avons en 1899, amené à entrer dans la Financière médicale pour arriver, à établir avec la Société d'assurances mutuelles la Participation, une combinaison susceptible d'empêcher l'avilissement des honoraires médicaux en matière d'accidents du travail, nous signalent l'envoi, par la Participation, de circulaires conçues dans des termes qui constitueraient une violation flagrante des engagements formels qui ont été pris envers la Financière médicale.

Nous n'avons pas attendu que des confrères, peutêtre trop pressés de nous mal juger, nous aient signalé cette situation, pour faire tous nos efforts afin d'obtenir de qui de droit le respect des engagements pris.

Le conseil d'administration de la Financière médicale va avoir prochainement une réunion, au cours de laquelle seront examinés les voies et moyens par lesquels une solution conforme à nos droits pourrait être obtenue et nous pouvons assurer nos confrères qu'au besoin une solution judiciaire sera poursuivie par nous avec la plus grande énergie.

PROPOS DU JOUR

L'inspection médicale des écoles.

Qu'il y a loin chez nous des paroles aux actes ! Le 14 novembre 1879, J. Ferry demandait aux préfets d'organiser le service départemental d'inspection médicale de toutes les écoles publiques, et, précisant les détails, montrait que c'était facile et peu onéreux pour chaque Conseil général.

En octobre 1886, la loi sur l'instruction primaire déclarait cette organisation obligatoire : le 18 janvier 1887, un décret fixait les attributions des inspecteurs.

Les Congrès d'hygiène de Vienne (1887), de Paris (1889), de Londres (1893) approuvaient unanimement cette mesure et en acclamaient la généralisation prochaine.

Quand vint l'application de la loi de 1893, on put croire que les barèmes qu'elle fournissait allaient offrir la formule pour la répartition des charges pécuniaires que créait le service d'inspection des écoles : mais personne n'eut l'air d'y songer.

Et les choses restèrent en l'état ; circulaires, lois et décrets ont été lettre morte pendant un quart de siècle, ce qui n'empêchait pas ministres, députés, préfets, etc..., de se déclarer des protecteurs vigilants de la santé publique.

Toujours les paroles, les promesses, les effets oratoires, mais, quant aux actes, cela restait à voir le jour, où on aurait des fonds, que personne ne voulait voter, sans en avoir reçu l'obligation.

Aujourd'hui, nous en sommes à l'application de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique; nous en sommes aussi, par la fermeture des écoles congréganistes, à bonder les écoles communales.

C'est pourquoi, l'autre jour, M. le Dr Vaillant, député, invitait le ministre de l'instruction pu-

blique à organiser *enfin*,vu l'urgence,l'inspection médicale, dans toutes nos écoles primaires, ainsi que l'a voulu la loi de 1886.

Mais la réponse était prévue : « La loi de 1886 n'a pas ouvert de crédits : la dépense nécessaire est une charge communale... » Nous nous en doutions bien un peu, quand au Congrès d'hygiène scolaire de la Ligue Le Gendre-Mathieu, nous avons fait adopter, en présence des délégués du ministre, un vœu tendant à donner le caractère de dépense obligatoire au service d'inspection médicale des écoles, créé par les règlements sanitaires municipaux, de telle façon que les charges qu'il entraînera soient réparties suivant les barèmes prévus par l'article 26 de la loi du 15 février 1902 sur la santé publique.

A tous nos confrères, sans cesse consultés à cette heure pour la rédaction de ces règlements sanitaires communaux, il appartient donc d'y faire inscrire le principe de la participation au service départemental d'inspection scolaire à créer. Cette précaution prise, l'obligation s'imposera pour les Conseils généraux de voter les crédits nécessaires qui ne s'appuyaient jusqu'ici sur aucune loi.

Assez de déclamations ! Le moment d'agir est arrivé ; il faut prouver enfin qu'on veut réellement faire de la prophylaxie. Sachons le rappeler à tous nos élus, en les mettant ainsi au pied du mur.

Ce n'était pas la peine de voter deux textes de loi en vue du même objet, si on ne veut pas les appliquer à l'heure même où on en crée l'urgence par l'encombrement des classes.

LA SEMAINE MÉDICALE

Incontinence nocturne d'urine.

M. le Dr Weill, de Lyon, a consacré une leçon clinique sur l'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant et son traitement.

Le traitement,dit M. Weill, devra tenir compte des deux éléments qui concourent à créer l'énurésis nocturne, l'élément psychique et le désordre local. L'analyse minutieuse de ce dernier révèle les caractères hyperesthésique ou hypoesthésique, hypertonique ou atonique du trouble vésical ; il rendra compte de la présence ou de l'absence d'un calcul, d'un polype, de toute cause capable d'agir sur la vessie. On peut donc diviser le traitement en traitement s'adressant à l'élément purement nerveux et en traitement dirigé contre le trouble de la fonction vésicale, ce dernier pouvant être général ou local.

a. Traitement psychique. — Ce traitement comprend l'emploi de moyens hydrothérapiques, lotions, drap mouillé, douches, immersion du siège dans l'eau froide au moment du coucher, en même temps que des procédés de suggestion, corrections, appels à l'amour-propre. Il est probable que la suggestion intervient dans beaucoup de procédés thérapeutiques.

b. Traitement proprement dit. — Ce traitement vise la modification de l'innervation vésicale, soit par la suppression des causes, soit par une action directe ou indirecte exercée sur elle.

Quelle que soit la modalité du trouble fonctionnel, qu'il s'agisse d'excitabilité exagérée ou d'atonie, il convient, au préalable, de traiter tou-

FEUILLETON

Résumé de la conférence faite par le Dr Coup, à l'issue de la visite au Salon de l'Auto. (19 décembre 1903).

Une trentaine de confrères avaient répondu à l'invitation adressée par la voie du *Concours*. Ils ont pu se rendre compte, *de visu*, que l'exposition de cette année consacrait définitivement la faillite de la petite voiture, qui, seule, répond à leurs besoins.

Convaincus que les médecins ont intérêt à s'entendre sur la question « Automobile », comme sur toutes les autres questions, à se grouper pour pouvoir imposer à un constructeur des conditions qu'ils ne pourraient individuellement obtenir, ils ont prié le Dr Coup de réclamer l'hospitalité du *Concours* pour les simples notes qu'il leur a soumises — et espèrent que la publication de ces renseignements, d'ordre théorique, pratique et commercial, détermineront les hésitants à donner leur adhésion à une combinaison qui ne peut que leur être avantageuse.

Voici quel fut en substance le langage de M. le Dr Coup.

Mes chers confrères,

La supériorité de la traction mécanique sur la traction animale est aujourd'hui chose jugée. Je ne recommencerai pas ce parallèle déjà fait l'an dernier. Ceux, que ce côté de la question intéresse encore pourront se reporter aux quelques lignes parues dans des articles antérieurs. Elles sont encore plus vraies aujourd'hui qu'elles ne l'étaient alors.

La voiture automobile qui convient au médecin de campagne fatigue beaucoup ; elle a besoin d'être solide. On doit perdre peu de temps autour d'elle, à la remise ou en route ; elle a besoin d'être simple. On la prend pour gagner du temps ; elle a besoin d'être suffisamment rapide. On ne veut pas perdre, quand elle marche mal, le temps que l'on gagne quand elle marche bien ; il faut donc qu'elle soit sûre. Enfin une partie de la journée se passe souvent sur ses coussins : il faut donc qu'elle soit confortable.

Solide, simple, rapide, sûre et confortable. Cela paraît l'oiseau rare. Pas du tout. C'est très facile à obtenir si nous voulons nous grouper, nous entendre, et abandonner, en présence d'assertions vraies et désintéressées, notre méfiance coutumière.

Choisissons d'abord un type de châssis. Nous établirons ensuite un type de carrosserie.

1° Chassis.

Tout chassis comporte :

a) Un appareil moteur ;

b) Un appareil de séparation du moteur et de la voiture (débrayage) ;

c) Un appareil de changement de vitesses ;

d) Un appareil de transmission;

e) Un appareil permettant à la voiture de tourner sur place ou à peu près (différentiel).

tes les causes locales énumérées à l'étiologie, polype, phimosis, vulvite, oxyures, calcul urinaire, diabète, etc...

On peut aussi conseiller, comme moyen adjuvant dans tous les cas, de réveiller l'enfant de une à plusieurs fois par nuit, et de le faire uriner, mais ce n'est là qu'un procédé palliatif, et encore n'est-il pas très fidèle.

En l'absence de toute lésion locale, on instituera une médication, qui variera suivant le sens du trouble fonctionnel.

S'il existe une *irritabilité exagérée* de la vessie, on recommandera l'abstention de boissons abondantes et diurétiques, café, thé, etc.... Le repas du soir sera peu copieux et plutôt végétarien.

Les enveloppements chauds de la région périvésicale, un lavement d'eau de 45 à 50°, au moment du coucher, une forte dose de bicarbonate de soude au même moment, pour diminuer l'acidité urinaire, constitueront des moyens adjuvants de la médication sédative.

Mendelsohn conseille d'exhausser le pied du lit à une certaine hauteur au-dessus du niveau de la tête. La déclivité de la partie supérieure du corps serait sans inconvénient chez l'enfant et retarderait de beaucoup le contact de l'urine avec la région membraneuse, point de départ du réflexe mictionnel.

On a prescrit, dans un but analogue, divers médicaments, l'*opium*, le *chloral*, le *bromure de potassium*, l'*antipyrine*, l'*extrait de belladone*. Ce dernier médicament a été surtout préconisé par Trousseau qui en règle l'emploi de la façon suivante : commencer par cent. d'extrait tous les soirs au moment du coucher ; augmenter de 1 centigr, tous les 4 ou 5 jours, de façon à arriver aux doses de 10, 15 et même 20 centigr., pris en une fois, au moment du coucher, si la tolérance s'établit. L'énurésis cède à ce moment, et il faut maintenir cette dose maximale, pendant des semaines et même deux ou trois mois. On diminue ensuite progressivement les doses. Cette médication est présentée par Trousseau, comme l'arme thérapeutique la plus puissante contre l'énurésis nocturne.

L'antipyrine a été employée avec succès par Perret et Devic, à la dose de 2 à 3 gr. pris en deux fois, au moment du dîner et du coucher. Bouchut a préconisé le *bromure de potassium* à la dose de 3 à 4 gr. par jour. — J'ai eu deux succès avec cette médication, mais en portant les doses à 8 ou 10 gr. par jour, et cela, sans aucun inconvénient.

On a combattu localement l'hyperexcitabilité vésicale par la *dilatation graduelle de la vessie*, au moyen d'injections intra-vésicales. Haven, de Boston, injecte de l'eau bouillie ou de l'eau boriquée faible, tiède, jusqu'à ce que l'envie d'uriner apparaisse Le malade doit garder le liquide le plus longtemps possible, 10 à 15 minutes dans les débuts, davantage dans les séances ultérieures, Il augmente la quantité du liquide, progressivement et arrive à injecter 500 à 600 gr. en une fois. La durée du traitement est de trois à cinq mois. Haven a eu ainsi deux succès. J'ai employé cette méthode sans résultat.

Rochet et Jourdanet ont eu deux guérisons en passant tous les jours dans l'urèthre une bougie Béniqué, de façon à amener une dilatation du col uréthral ; ils supposent qu'il s'agit d'un spasme du col.

On a employé, dans le même esprit, des instillations de cocaïne dans la région du col.

Si l'on se trouve en présence *d'atonie du col*, c'est aux névro-toniques qu'il faudra s'adresser. Les médicaments utilisés dans ce but sont la *strychnine*, l'*ergotine*, le *rhus aromaticus*.

Moteur.— La question de marque a son importance. Nous choisirons le meilleur, ou si vous voulez, l'un des meilleurs, le Dion-Bouton. Ce sera un monocylindre pour trente-six raisons inutiles à développer. — Sa force minimum sera de 6 H p. Sa force maximum de 9 H p. —

La voiture en charge pesant environ 500 kilos, 6 H p. peuvent paraître un peu faibles. En tout cas, le châssis reste le même, pouvant supporter indifféremment 6 ou 9 chevaux ; et voici les caractéristiques afférentes à ces deux moteurs :

Voiture de 6 H p. — Consommation : 1 litre environ pour 10 kilomètres ; vitesse moyenne, 25 ; maximum 35. Usure faible du mécanisme et des pneus.

Voiture de 9 H p.— Consommation : 1 litre environ pour 8 kilomètres ; vitesse moyenne : 35 ; maximum : 50. Usure plus forte du mécanisme et surtout des pneumatiques.

Avec ces deux modèles brûlez de l'essence ordinaire, à 0 fr. 35 le litre.

Carburateur. — Le meilleur est celui que la maison de Dion fournit avec son moteur. — Carburateur automatique.

Allumage. — Nous le grouperons tout entier à l'avant de la machine. Nous nous servirons d'accus, infiniment plus économiques que les piles, et d'une bobine à trembleur. Nous aurons ainsi un fil de bougie aussi court que possible.

Débrayage. — Le moteur à pétrole n'étant pas un moteur souple, il est indispensable qu'il puisse être, à un moment donné, séparé de la voiture qu'il entraîne. Le meilleur des débrayages est le débrayage au pied. Le mouvement du pied, appuyant sur la pédale, devient instinctif. Il permet la libre disposition des mains. De plus, il précède le freinage sur l'arbre moteur et, en cas d'oubli du conducteur, empêche de freiner sur un moteur en marche. Enfin, il peut être gradué à volonté et vous permet de donner à votre voiture la vitesse que vous voulez sans toucher aux organes de manœuvre,

L'appareil d'embrayage est constitué par un cône mâle pénétrant un cône femelle. A part de légères différences de détail, cet appareil est fixé aujourd'hui.

Changements de vitesses. — La voiturette de 6 Hp. pourrait, à la rigueur, n'avoir que 2 vitesses. Je n'en vois pas bien l'avantage. Si la simplification était considérable, je dirais oui. Mais cette simplification est dans les mots plutôt que dans les faits. Comparons, par exemple, le changement de vitesses de Dion (à 2 vitesses) à un changement de vitesses par train baladeur (qui en comporte 3 ou 4).

Le de Dion a toujours ses engrenages en prises. En petite vitesse ou en grande, tout tourne dans le carter. La prise directe, en grande vitesse, est impossible (puisque l'arbre du moteur n'est pas le même que l'arbre du différentiel). De là, le bruit spécial de sirène que font ces voitures, surtout au démarrage.

Dans un changement de vitesse 1904, lorsque nous sommes embrayés sur la grande vitesse, tous les engrenages sont immobiles et silencieux dans le carter qui les renferme. Rien ne tourne que l'arbre. Lorsque nous sommes embrayés sur la première ou la seconde, seuls les pignons de renvoi tournent. Les autres restent immobiles, ne tournant même

La *strychnine* a été recommandée par Trousseau qui donne en commençant 2 doses de 2 milligr. et demi chaque de sulfate de strychnine, par jour. Il augmente de 2 milligr. 1/2 tous les deux jours, et en cas de tolérance, arrive aux doses de 5 à 6 centigr. par jour. Nous n'oserions, malgré l'autorité de Trouseau, tenter un pareil traitement.

Le *rhus aromaticus* se donne sous forme d'extrait fluide, à la dose de 10 à 60 gouttes par jour. J'ai employé ce remède sans succès.

L'*ergot de seigle* est administré en prises de 0.10 cgr. de poudre, 3 à 4 fois par jour. L'*ergotine* peut être injectée localement dans la région périanale.

On a encore eu recours localement aux *cautérisations du col* avec le *nitrate d'argent* et le *sulfate de cuivre* et surtout *l'électrisation*. Guyon introduit dans la région membraneuse de l'urèthre une olive métallique terminant une bougie qui est revêtue d'un manchon isolant. L'olive communique avec le pôle négatif d'un appareil d'induction, le pôle positif est placé sur le pubis. Le courant, induit est à interruptions lentes. On fait une séance tous les jours ou tous les deux jours, pendant deux à trois minutes.

L'électrisation a été employée par différents auteurs avec des modes variables (Weber. Seeligmuller, Steavenson, Bordier). Steavensen place un des pôles au-dessus du pubis ; l'autre est promené sur le périnée au niveau de la région membraneuse, sur les régions abdominale, antéro-latérale et lombaire. Il se sert de courants induits ou galvaniques. Cette méthode a l'avantage d'éviter l'introduction d'une sonde dans l'urèthre.

Bordier emploi la méthode de Guyon, en substituant au courant faradique des courants statiques de haute tension, dits courants de Morton.

On a cherché à modifier localement l'innervation vésicale. Deux procédés ont été employés à cet effet. Albarran et Cathelin ont imaginé des *injections épidurales* poussées par l'orifice supérieur du canal sacré, en dehors de la dure-mère rachidienne. Ils se servent de sérum physiologique, à la dose de 15 à 20 cmc. pour une injection. Ils ont ainsi obtenu trois guérisons rapides. Kapsammer a noté 25 guérisons après une ou plusieurs injections mais insuccès dans l'énurésis organique (cystite, ataxie, et pyélite), et dans les névroses génitales (pertes séminales). Strauss a eu des succès même dans l'énurésis par affection organique. Le second procédé, proposé par Jaboulay, a pour but d'agir sur le plexus hypogastrique, dans la cavité pelvienne. Il consiste à injecter lentement dans l'espace recto-rectal 100 gr. de sérum physiologique. Il suffit d'enfoncer presque verticalement l'aiguille d'une seringue de Roux à la pointe du coccyx ou un peu à côté d'elle. Un doigt introduit dans le rectum permet de suivre le trajet de l'aiguille et d'éviter la perforation. Dans un cas, Jaboulay eut un succès définitif avec 2 injections de 100 gr. de sérum. Dans un second cas, le même résultat fut obtenu avec 4 injections, 2 de 100 gr., 2 de 200 gr.

Quel que soit le traitement adopté. il faut attendre un long temps avant d'en affirmer l'efficacité. Les récidives ne sont pas rares, et il faut toujours se préocuper de l'élément psychique qui joue un rôle important dans les échecs et probablement aussi dans les succès.

---

pas fous, diminuant ainsi le bruit et l'usure, et évitant une déperdition de force qui, pour être peu considérable, n'en est pas moins certaine.

Les deux vitesses, ne donnant pas de simplicité réelle, n'ont pas d'avantages sur les trois. D'autre part, le chassis que nous voulons nous faire construire doit être d'un modèle unique. Avec moteur de 9 Hp., il est indispensable d'avoir 3 vitesses. Notre châssis comportera donc les 3 vitesses. Le peu, bien peu, qu'il perdra en simplicité, sera regagné, et au-delà par l'aisance et la commodité de la marche. La possession des trois vitesses permet d'ailleurs de multiplier la grande, ce qui donne un véhicule très souple, montant lentement les fortes rampes, à bonne allure les rampes moyennes et roulant très vite en palier. Dans le cas d'une marche contre un vent violent, la deuxième vitesse permet encore du 25, tandis que la voiture à deux vitesses, forcée d'employer la petite, n'avance pas et fatigue beaucoup.

Transmission. — Il est admis aujourd'hui que la transmission en grande vitesse doit être directe c'est-à-dire sans renvoi d'engrenages. Cette transmission peut se faire par cardan ou par chaînes. Beaucoup des meilleures maisons ont conservé les chaînes. Je les crois cependant inférieures au cardan qui ne demande pour ainsi dire aucun soin. Nous l'adopterons donc comme étant plus simple, d'entretien plus facile, moins sujet aux ruptures et aussi moins bruyant.

Différentiel et Pont arrière. — Ils seront construits sur le modèle courant : boîtes à billes et cônes — graissage automatique. — Nos roues seront montées de façon à éviter le cintrage de l'ensemble, et par conséquent le carrossage en sens inverse des roues, si laid pour l'œil, si redoutable aux pneus.

Freins. — Un frein sur le différentiel ou sur l'arbre moteur : frein de ralentissement — un frein à rubans sur les roues arrière, brusque sinon brutal : frein de bloquage instantané.

Roues. — Elles seront en bois. La roue de bois n'a que des avantages — plus élégante, plus solide, de nettoyage plus commode. — Elles seront égales, bien entendu. Les pneus seront des 85 de marque quelconque, pourvu qu'elle soit bonne.

En résumé :

a) Moteur de 6 ou 9 H p. vertical — de Dion — monocylindrique — marchant à l'essence ordinaire à ralentisseur ou à régulateur. Carburateur automatique — allumage par accus et bobine à trembleur tout entier placé à l'avant.

Le refroidissement par thermosiphon est peut-être insuffisant pour un 9 H p. Nous adopterons donc la pompe, dont, par la suite, nous allons trouver une autre utilisation.

b) Embrayage par cône, commandé par une pédale manœuvrant au pied.

c) Changement de vitesse comprenant trois vitesses avant, et une arrière, s'effectuant par train baladeur actionné par un levier, placé sur le côté de la voiture.

d) Transmission par cardan. Prise directe en grande, sans qu'aucun engrenage tourne.

e) Deux freins solides.

f) Roues égales en bois.

Nous aurons ainsi un châssis théoriquement parfait, d'une simplicité aussi absolue que possible,

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité : M. le Professeur Tillaux.

Sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Etude diagnostique.

Nous allons examiner ensemble une jeune malade, atteinte d'affection chirurgicale chronique du genou, dont le cas mérite quelque attention.

Cette femme, âgée de 22 ans, exerce la profession de vendeuse dans un grand magasin de nouveautés. Son travail l'oblige à rester debout une partie de la journée, à monter et descendre constamment les escaliers. Il y a environ 3 mois, la malade s'aperçut que son genou droit grossissait et que la marche, de ce côté, se faisait moins aisément. Après quelques jours de soins donnés dans sa famille, elle entra à l'hôpital de la Charité où on l'admit dans notre service. Depuis cette époque et sous nos yeux, l'affection s'est développée progressivement jusqu'à atteindre le degré où nous la voyons aujourd'hui.

Revenons maintenant en arrière et procédons à l'interrogatoire et à l'examen clinique de la patiente, en suivant l'ordre que nous devons toujours adopter et qui est le suivant : antécédents héréditaires, antécédents personnels, état antérieur, état actuel.

Antécédents héréditaires.

Ils sont bons et fournissent peu d'indications à retenir : le père, la mère et trois frères de la malade sont vivants et bien portants. Une de ses sœurs serait morte à 12 ans de fièvre cérébrale. Une telle qualification veut souvent dire méningite tuberculeuse, mais, dans le cas particulier, manquant de détails, nous ne sommes pas en mesure de l'affirmer.

Antécédents personnels.

Ils sont également satisfaisants. La santé de cette jeune femme fut toujours bonne, à part une fièvre typhoïde qui n'a laissé aucun reliquat. On ne trouve pas, chez elle, de stigmates de lymphatisme, pas d'adénopathies, pas de cicatrices, pas de traces de kératite. Mariée depuis 8 mois, elle est actuellement enceinte : «de 5 mois, le 20 novembre exactement», dit-elle ! Remarquez qu'elle précise le jour et eût ainsi mérité les compliments de Pajot, qui s'ingéniait à connaître le jour et l'heure de la conception, notions que l'accoucheur possède assez rarement ! J'insiste sur cette grossesse, car elle offre un certain intérêt chirurgical. La question des interventions opératoires chez les femmes enceintes a, effectivement, soulevé de longues controverses, de nombreuses discussions, et elle se posera ici, lorsque nous aurons à parler du traitement.

Cette grossesse est embarrassante à un autre point de vue. Je viens de procéder au palper abdominal et j'ai eu, du côté droit, la sensation de toucher une masse dure, inégale, rappelant beaucoup plus une tumeur qu'un utérus gravide. La surface que j'ai parcourue n'est pas lisse comme l'est l'utérus en état de gestation.

Je ne dis pas que la malade ne soit pas enceinte, mais je me demande si quelque néoplasie utérine n'est pas annexée au fœtus. La masse résistante que j'ai sentie et que je sens encore n'est ni une partie fœtale, ni la paroi normale de la matrice contractée : une contraction ne persisterait pas aussi longtemps. Je reviendrai sur ce point, à propos de la conduite à tenir.

---

d'une résistance indéfinie s'il est construit en matériaux de bonne qualité.

Volontairement, je ne me suis pas occupé de sa constitution particulière. Tubes étirés, tôle emboutie, bois armé : tout cela se vaut à peu près et le mieux est de laisser agir selon ses habitudes le constructeur que nous aurons agréé.

2° Carrosserie. — Cette question a pour nous une importance capitale. Le manque de place m'oblige à la traiter brièvement.

La forme coupé ne vaut rien. — On ne voit pas ce que l'on fait. Cette cage vitrée est gênante, disgracieuse, étriquée et même dangereuse à l'occasion. Les trois quarts du temps, la voiture sort telle qu'elle est, car le démontage et surtout le remontage ne se font pas sans perte de temps.

Les formes à discuter sont : le cab, le dais, ou la capote américaine. Mes préférences vont incontestablement à cette dernière, qui n'alourdit pas la voiture, peut défendre du soleil ou de la pluie, et vous protège très bien contre la poussière et la boue.

Une glace à l'avant, facilement démontable, est indispensable. Par la pluie on la frotte légèrement de glycérine ou de paraffine.

Rien de plus dangereux que le courant d'air latéral qui s'insinue entre les jambes du conducteur et le siège de la voiture. Nous munirons notre voiture de deux petites portières, à charnières ou à coulisses, suffisamment hautes pour protéger, suffisamment basses pour ne pas gêner. — Un tablier de cuir cintré, à deux attaches latérales et une médiane, complétera nos moyens de défense. En dessous de lui on peut encore mettre des couvertures, si on les juge utiles.

Chauffage. — Indispensable en hiver, il sera assuré par une bouillotte plate aussi large que la voiture, installée sous la pédale et formant un tiers environ de la longueur du plancher avant. — Cette bouillotte n'est en somme qu'un réservoir supplémentaire, dérivation de l'eau de circulation. Cette eau devient chaude très rapidement. — En été, on l'enlève ou on l'isole.

Eclairage. — Dans l'intérieur de la voiture, se trouve un générateur d'acétylène relié, par un tuyau de caoutchouc facile à enlever et à débarrasser de l'eau qu'il contient toujours, à un simple réflecteur, en forme de grosse lanterne. — Ce réflecteur porte un bec de 25 litres. Deux fortes lanternes à pétrole à gauche et à droite du garde-crottes ne seront allumées que si l'acétylène venait à manquer fortuitement et subitement.

Coffre-arrière. — C'est généralement une sorte de capharnaüm où l'on ne trouve jamais ce que l'on cherche. Nous allons y mettre un peu d'ordre.

Il est divisé par des planchettes verticales en trois compartiments.

N° 1 à droite, sous le conducteur, objets auxquels on touche rarement : chambre à air — démonte-pneus — nécessaire de réparations de pneus, pièces de rechange (soupapes, trembleurs, ressorts). Réserve de carbure : réserve d'essence, réserve d'huile.

N° 2. Au milieu ; générateur d'acétylène, la pompe, les guêtres en caoutchouc (mises là à cause de leur volume).

Etat local antérieur.

A quelle époque la patiente s'est-elle aperçue que son genou grossissait ? Ses souvenirs ne sont pas extrêmement précis et ils fixent à environ trois mois le début de la maladie. Quand elle est entrée à l'hôpital, le 22 septembre dernier, le genou était déjà sensiblement augmenté de volume : depuis, il a progressé dans ce sens très rapidement, pour atteindre le degré avancé où nous le trouvons aujourd'hui.

Etat actuel.

Le genou droit est gros, arrondi, globuleux: il ressemble bien à une boule. La mensuration pratiquée juste au milieu, donne 45 centimètres de circonférence pour le genou droit et 31 pour le gauche, soit une différence de 14 centimètres. Faite au niveau de la cuisse, immédiatement au-dessus de l'articulation, la mensuration accuse 33 centimètres à droite et 31 à gauche, soit encore deux centimètres en plus pour le membre malade. Notez le fait qui a son intérêt. Nous sommes habitués à voir les lésions articulaires s'accompagner d'atrophie des muscles, conséquence de l'impotence fonctionnelle. Ici le résultat est inverse, la cuisse est augmentée de volume.

La peau recouvrant les parties malades, à part quelques cicatrices de pointes de feu, est d'aspect absolument normal. Nous n'apercevons ni parties congestionnées, ni points vascularisés à l'excès.

Tels sont les renseignements que nous donne la vue. Passons, ensuite, au toucher, à la palpation. Pour apprécier la consistance de la tuméfaction, je promène, sur toute son étendue, la pulpe de mes doigts. Je perçois d'abord une masse dure, osseuse, qui est la rotule. Elle est repoussée en avant et a conservé sa mobilité habituelle. Je puis la déplacer latéralement, de bas en haut, de haut en bas, mais pas du tout d'avant en arrière. Je n'obtiens pas le phénomène du refoulement de la rotule, signe morbide si net lorsque l'articulation contient du liquide.

La consistance générale du genou, chez notre patiente, est ferme, plutôt dure, sans élasticité ni rénitence, à plus forte raison sans fluctuation. Elle est uniforme, sans bosselures, sans irrégularités. C'est une masse qui ne se laisse déprimer fortement nulle part. Le palper ne donne donc pas les sensations que nous rencontrons lorsqu'il s'agit de fongosités : celles-ci sont molles et demi-fluctuantes. D'autre part, le refoulement de la rotule, symptôme pathognomonique de l'hydarthrose et du gros épanchement articulaire, fait défaut et permet de conclure à l'absence de liquide dans le genou.

La délimitation supérieure de la partie malade est facile. Si je porte les pulpes digitales vers la cuisse, je détermine aisément le bord supérieur du genou. J'arrive sur une véritable encoche ; la limite du tissu malade, sans être aussi tranchée qu'elle l'est dans le sarcome ossifiant, est cependant des plus nettes. A l'arrière, le creux du jarret est rempli partiellement.

Pour terminer cette énumération des signes physiques, ajoutons qu'à aucun endroit, à la surface de la tumeur, je n'ai trouvé de crépitation parcheminée. Dans la cuisse, vers son milieu, se rencontre un petit noyau dur. Pas d'adénopathies inguinales.

Reste l'étude des signes physiologiques, la douleur et le fonctionnement du membre. La douleur provoquée est nulle ou insignifiante. Nous venons d'examiner longuement la patiente, de palper toute la région atteinte, sans provo-

---

N° 3 à gauche ; deux tiroirs superposés. L'un vide pour les instruments professionnels, objets de pansement, etc., que l'on juge utile d'emporter.

L'autre renfermera les objets dont on peut avoir besoin en route, les outils les plus indispensables, bien connus de chacun et dont la nomenclature me semble inutile.

Que cette voiture ait un moteur de 6 ou 9 Hp, il serait avantageux qu'on puisse, à l'occasion, la transformer en voiture à 4 places. La « populaire » de Dion ne se prête pas à cette transformation que beaucoup considéreront cependant comme essentielle, bien que nous n'ayons pas établi le modèle d'une voiture de tourisme. — Rien de plus simple, s'il reste une plate-forme en arrière du siège à deux places, que d'accrocher sur cette plate-forme, soit un spider, soit un tonneau permettant de transformer la voiture de service courant en voiture de tourisme exceptionnel.

Telle est, sans prétention à l'infaillibilité, la silhouette, non encore réalisée, en masse tout au moins, de la voiture médicale automobile. Il serait bien facile de passer de la théorie à la pratique. Il suffirait d'en commander à un constructeur quelconque, 25 semblables, pour réaliser, sur chaque véhicule individuellement, une économie de 1500 francs. J'ai pris une initiative que les uns applaudiront, que les autres blâmeront — toute opinion est bonne pourvu qu'elle soit sincère — et je me suis adressé à plusieurs maisons pour savoir dans quelles conditions elles nous construiraient des modèles semblables, commandés par série de 10. En général, les très grandes boîtes n'ont pas daigné répondre ou ont mal répondu. Leur débit est assuré pour longtemps. « Prenez mon ours comme il est et laissez-moi tranquille. ». D'autres marques, moins connues mais par cela même meilleures — elles ont à se faire une réputation que les autres n'ont plus qu'à perdre — ont au contraire répondu, sinon avec empressement, au moins avec courtoisie.

Ce sont ces réponses que je ferai connaître dans huit jours, si le rédacteur en chef du *Concours* veut bien nous donner encore l'abri familier du journal.

Mais je tiens à inscrire auparavant les noms de quelques confrères,

Illis robur et æs triplex circa pectus erat....

qui ont bien voulu donner leur assentiment, *par écrit* (c'est admirable) à la campagne que je poursuis, quand même cet effort n'aboutirait, comme tant d'autres, qu'à mettre dans un relief nouveau, l'individualisme sauvage de notre profession (1).

(*A suivre.*) Dr E. Coup.

(1) Ces confrères sont : Dr Henri Cézilly ; Dr Aslanian ; Dr Costes ; Dr Chamousset ; Dr Jarnouën de Villartay ; Dr Leraître ; Dr Barreau, et quelques autres dont ma mémoire infidèle ne me donne pas les noms ; car je n'ai pas retrouvé la feuille volante sur laquelle ils étaient inscrits, E.C.

quer la moindre sensation douloureuse. Si maintenant nous demandons à cette femme : vous plaignez-vous du genou ? Elle répond, j'en ai souffert seulement dans le plâtre et quand on me faisait de la compression. Nous avions essayé, en effet, depuis 4 jours, l'action du traitement compressif avec de l'ouate et des bandes immobilisant et serrant le membre. Eh bien, la malade n'a pas tardé à réclamer l'enlèvement du pansement qui l'incommodait. La compression qui, dans nombre de circonstances, soulage, a au contraire exaspéré la douleur.

Les mouvements articulaires sont-ils conservés ou abolis ? Pour les rechercher, soulevez le genou avec la main gauche placée au-dessous et prenez le pied à sa racine avec la main droite. Puis, faites exécuter à la jambe des mouvements verticaux, de haut en bas et de bas en haut, ainsi que des mouvements latéraux. Nous constatons que, dans une certaine limite, la flexion, l'extension persistent, sont indolentes et ne s'accompagnent d'aucun frottement, d'aucun bruit de craquement.

Pour avoir des notions plus précises sur les rapports des surfaces articulaires, nous avons fait prendre deux radiographies de la région malade. A la vérité, les résultats de ces épreuves, que nous avons sous les yeux, ne sont pas très instructifs. Ils ne nous apprennent pas grand' chose. Ils montrent et confirment, néanmoins, que les surfaces articulaires sont en contact immédiat et n'offrent rien d'interposé entre elles. On aperçoit l'un près de l'autre les bords libres du fémur et du tibia : une ligne plus sombre indique la périphérie de la masse néoplasique.

Diagnostic.

Le diagnostic n'est pas sans présenter quelques difficultés, au premier abord tout au moins. Une telle affection peut être ou bien une ostéo-arthrite bacillaire, ou bien un sarcome de l'extrémité inférieure du fémur.

Mon impression primitive, lorsque j'ai vu cette malade, fut qu'il s'agissait d'une tuberculose du genou. Le siège, la tuméfaction arrondie y font penser immédiatement. Il n'en est rien cependant et l'examen complet que nous venons de pratiquer m'oblige à orienter le diagnostic d'un autre côté. Nous ne retrouvons, effectivement, aucun des caractères essentiels de la tumeur blanche.

Les surfaces articulaires, comme le montrent les épreuves radiographiques, ont conservé leurs rapports, ce qu'on n'observe pas dans l'ostéo-arthrite tuberculeuse. Les fongosités de cette dernière sont molles ou demi-molles, et une tuméfaction aussi considérable d'origine bacillaire serait certainement due à une accumulation de liquide et de pus dans l'articulation : or, la consistance du genou de la malade est dure et, nous l'avons montré, il n'y a pas d'épanchement.

De plus, les signes fonctionnels sont en rapport avec une lésion extra-articulaire. Les mouvements de flexion, d'extension, de latéralité, sont conservés et se passent sans bruit : c'est un caractère propre au sarcome des extrémités osseuses de respecter les cartilages épiphysaires et de permettre les mouvements, sans douleur. Donc, le cartilage persiste, la synoviale persiste et les altérations morbides sont non pas intra, mais péri-articulaires.

L'expérience de la compression a sa valeur. Cette méthode de traitement soulage toujours les douleurs causées par les tumeurs blanches. Eh bien, écoutez notre patiente. Elle ne se sent bien qu'une fois sa jambe à l'air libre, lorsqu'elle la remue à son gré. C'est là un signe, négatif si vous voulez, mais d'importance indiscutable. L'envahissement du jarret plaide également en faveur du sarcome fémoral, car il ne s'observe pas dans l'ostéo-arthrite tuberculeuse à moins qu'il n'y ait abcès et, alors, l'infiltration est molle et fluctuante.

La marche rapide du mal, enfin, son évolution en trois mois, ne rappelle pas, non plus, la progression lente de la bacillose du genou.

Nous ne pouvons pas, dès lors, poser d'autre diagnostic que celui de sarcome de la partie inférieure du fémur.

Une question se pose, à ce moment : *quid agendum*, quel traitement conseiller ? Avant d'intervenir, il convient de rappeler l'état de grossesse de la malade. Je replace ma main sur la paroi abdominale et je ressens à nouveau cette résistance spéciale dont je parlais au début de ma leçon. Je trouve, à droite, une partie dure qui ne me semble pas être l'utérus normal, ni une partie fœtale. J'ai peine à croire qu'une tête ou un pied de fœtus resterait ainsi une heure entière immobile.

J'ai prononcé le mot de sarcome du genou, du fémur. Or, il existe également, ne l'oublions pas, des sarcomes de l'utérus. Ce sont des masses dures, bosselées, inégales, ressemblant singulièrement à celles que l'on perçoit à droite, dans l'abdomen, chez cette femme. Sa grossesse et sa néoplasie fémorale ne seraient elles pas compliquées d'un sarcome de la matrice ?

Ne nous pressons donc pas d'intervenir opératoirement. Pour nous faire hâter il faudrait qu'à un moment donné l'évolution de la grossesse fût compromise. Attendons la terminaison normale de celle-ci, tout en surveillant l'utérus, en recherchant la persistance ou la disparition de la masse dure du côté droit de l'abdomen.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

RHINO-LARYNGOLOGIE

De l'anesthésie générale dans les opérations sur les voies aériennes supérieures (bouche et pharynx).

Deux procédés d'anesthésie générale sont usités actuellement dans les opérations sur les voies aériennes supérieures :

1er Groupe : procédé rapide.

2e Groupe : procédé lent.

1° Les deux principaux agents anesthésiques employés dans le premier groupe sont le bromure d'éthyle et le chlorure d'éthyle.

Ces anesthésiques ont comme avantages : l'innocuité relative de leur emploi (puisque le sommeil anesthésique ne dure qu'une à deux minutes) ; l'absence de spasme laryngo-réflexe au début, en prenant les précautions nécessaires ; la facilité de leur application puisqu'on peut se servir d'un aide même peu expérimenté ; le retour

★

rapide du sujet à l'état de veille, ce qui lui permet de cracher le sang qui provient de l'opération et par suite d'éviter de l'absorber par les voies aériennes.

Ajoutons pour l'un d'eux, le bromure d'éthyle, la possibilité d'opérer le sujet assis, la figure tournée en pleine lumière, position des plus commodes pour l'opérateur, qui voit très bien ce qu'il fait.

Il semblerait donc que le procédé rapide dût être le procédé de choix ; mais les agents anesthésiques de ce groupe ont un désavantage manifeste, c'est le peu de durée du sommeil et par suite la rapidité avec laquelle l'opération doit être menée ; de sorte que celle-ci est pour ainsi dire réduite à un tour de prestidigitation. Si l'opération est un peu longue, il faut replonger le sujet dans le sommeil anesthésique au moment où il va se réveiller, repasser par toutes les phases de l'anesthésie pendant que le sang coule et empêcher le malade de respirer ; puis la reprise n'est pas sans danger pour le bromure d'éthyle ; aussi Lermoyez (1) recommande-t-il de ne jamais faire plus de deux reprises de suite ; j'avoue que, par excès de précaution, je n'ai jamais osé faire plus d'une reprise avec le bromure d'éthyle. Il faut donc remettre la suite de l'opération à un autre jour, la faire en deux temps (2) ; ceci peut se faire à l'hôpital où l'on est maître de ses mouvements, mais en clientèle civile, c'est non seulement impraticable mais même impossible : allez donc persuader aux parents d'un malade que l'opération a été incomplète, qu'il faut recommencer cette opération à laquelle ils ont eu beaucoup de peine à se décider, pour laquelle l'existence n'est souvent pas en danger. Quand bien même vous les auriez prévenus longtemps à l'avance, ils refuseront et iront dire à leur entourage que vous avez manqué l'opération, d'où une mauvaise réputation pour vous, sans compter l'ennui moral de ne pouvoir achever ce que vous aurez si bien commencé.

2° Le procédé lent n'est que le procédé ordinaire, le procédé au chloroforme ; mais ici l'anesthésie générale nécessite une position particulière du sujet, la position de Rose : cou appuyé sur le rebord de la table d'opération, tête renversée le plus possible en arrière de façon à ce que la lumière tombe au fond de la bouche, emploi d'un ouvre-bouche. Cette position a pour avantage d'empêcher l'irruption du sang dans les voies aériennes ; l'opérateur n'a pas besoin de se hâter fièvreusement, il a tout le temps nécessaire pour faire son opération ; pas de récidives à craindre, puisqu'il a pu tout enlever à son aise ; pas de nécessité de recommencer l'opération. Puis la position déclive de la tête est des plus favorables à l'anesthésie chloroformique ; à elle seule, elle peut souvent ranimer un sujet atteint d'un commencement de syncope.

Le procédé lent a aussi ses inconvénients ; d'abord, l'anesthésie est difficile à conduire, l'opérateur et le chloroformisateur se gênant mutuellement puisqu'ils ont tous les deux la bouche comme objectif ; l'aide qui endort le sujet devra être par suite un médecin rompu aux difficultés de l'anesthésie générale et il y a un grand avantage pour l'opérateur à prendre toujours le même.

(1) Lermoyez. — Thérapeutique des fosses nasales.
(1) Escat. — Traité des maladies du pharynx.

Puis l'opérateur doit connaître parfaitement la région sur laquelle il opère ; cette recommandation peut paraître banale ; enlever les amygdales, cureter des adénoïdes peut, si les indications sont bien posées et le mode opératoire bien choisi, paraître une opération facile quand le sujet n'est pas endormi ; mais il n'en est pas de même quand on opère au chloroforme : l'opérateur est en présence d'un puits constamment inondé de sang qui le gêne beaucoup et l'oblige à faire tamponner constamment par un second aide afin de bien voir la région où doit porter la pince ou la curette. A cet égard, l'abaisse-langue de Malherbe est excessivement précieux et je ne saurais en faire trop l'éloge.

Pour limiter l'hémorrhagie, je me sers avantageusement d'eau oxygénée au quart ; un tamponnement suffit pour assécher les organes et permettre de continuer l'opération.

Avec l'anesthésie au chloroforme, on peut à son aise pratiquer à la fin de l'opération le toucher pharyngien, constater si l'on a tout enlevé, remettre les instruments si c'est nécessaire, faire les attouchements indispensables.

Je ne citerai que pour mémoire l'anesthésie générale à l'éther ; les vomissements fréquents que cet agent détermine contre-indiquent son emploi dans les opérations sur les voies aériennes supérieures ; d'ailleurs, dans ce cas particulier, on ne peut se servir ni du thermo-cautère ni du galvano-cautère.

Pour nous résumer, nous dirons que le procédé de choix pour l'anesthésie générale dans les opérations sur les voies aériennes supérieures est le procédé au chloroforme ; il est indispensable dans la clientèle civile si l'opération est un peu longue.

Le procédé rapide, praticable à l'hôpital où l'on peut opérer en deux fois si c'est nécessaire, ne peut être employé en clientèle civile que dans des cas bien déterminés où l'opération est de courte durée et où l'on est sûr de tout enlever en une séance.

Le Dr Malherbe préconise au besoin un procédé mixte : anesthésie au chlorure d'éthyle d'abord pour supprimer la phase initiale dangereuse de la chloroformisation, puis anesthésie au chloroforme. Je trouve que c'est bien compliquer l'anesthésie : celle-ci, surtout faite par un aide exercé (avec la méthode de Terrier à doses faibles et continues) (1), et dans un local distinct de la salle d'opérations, supprime l'état nerveux du début chez les prédisposés et n'offre pas tant de dangers dans la phase initiale.

Dr de Champeaux.
(de Lorient).

MÉDECINE PRATIQUE

Pathogénie et traitement de la chorée.

Par le Dr Dresch (d'Ax).

Le n° du *Concours médical* du 21 novembre contient un article avec le titre ci-dessus, qui m'a d'autant plus intéressé qu'il y a plus d'un quart de siècle que j'ai adopté et essayé de faire prévaloir le traitement de la chorée par le salicylate de soude. Dans ce laps de temps, je n'ai

(1) Terrier. — Manuel d'anesthésie chirurgicale, page 102.

pas publié moins de quatre articles (1) dans les journaux importants. En 1903, au Congrès de Madrid, j'ai fait une communication sur le même sujet. Les docteurs Dujardin-Beaumetz, Huchard, Albert Robin, ont bien voulu donner à mes travaux sur ce sujet leur approbation et la publicité de leurs journaux Rien n'y a fait. A l'exception du traité de médecine Charcot-Bouchard, qui donne à ce mode de traitement toute sa valeur en me l'attribuant d'ailleurs, les traités spéciaux des maladies de l'enfance le repoussent quand ils lui font l'honneur de le mentionner. Ils se bornent à préconiser l'emploi de l'antipyrine et de l'acide arsénieux, à des doses contre lesquelles je ne cesserai de protester.

Maintenant que mon mode de traitement a passé la Manche, il va acquérir toute la valeur qu'il mérite. Ainsi certains bordeaux, retour des Indes.

En plus que l'expérience déjà bien longue m'a appris qu'on obtenait des résultats bien suffisants avec les salicylés,— car les alophènes. et surtout l'aspirine peuvent être également employés — j'ai essayé d'établir le mode d'action de la médication. Certainement les liens de la chorée avec le rhumatisme aigu sont indéniables. Mais encore faudrait-il bien savoir ce qu'est le rhumatisme. L'action des salicylés est bien, si l'on veut, anti-rhumatismale, mais elle est multiple et s'exerce encore quand l'origine rhumatismale de certaines chorées reste bien problématique. J'ai essayé d'établir le pourquoi de ce fait dans mes deux dernières communications. J'y renvoie le lecteur que ce sujet peut intéresser. Il y verra que l'*adénoïdisme* et le *basedowisme* peuvent jouer le rôle d'agents provocateurs.

Si je me suis élevé contre le traitement intensif de la chorée par l'antipyrine et l'acide arsénieux, je crois devoir également mettre en garde mes confrères contre les doses de 9 et 12 grammes de salicylate de soude recommandées par le Dr Lees, chez des enfants de 6 à 12 ans. Il a raison de donner les doses filées et fractionnées ; il a parfaitement raison d adjoindre le bicarbonate de soude, de recommander le repos au lit, l isolement. Tout cela, nous l'avons écrit depuis longtemps. Nous ajouterons qu'il faut mettre les enfants au régime de l'eau et du lait, car la chorée est essentiellement toxinhémique. Je suis d'accord pour ce qui est de la comparaison de certains accidents de la chorée avec le coma diabétique, ainsi que de l'empoisonnement acide qui se produit. Comme je le dis expressément : (2) *Si la chorée n'est pas d'une manière constante, sous la dépendance de la diathèse acide, forcément, elle crée l'état acide et l'hypertension vasculaire.*

Un point sur lequel j'ai appelé l'attention dès 1879 et sur lequel insiste le Dr Lees, c'est que le salicylate de soude ne se montre d'une très grande activité que dans la chorée aiguë. Dès ma première communication, j'ai cité le cas d'un enfant que j'eus à traiter alors que sa chorée durait depuis longtemps. Le salicylate donna des résultats insignifiants. Sur ces entrefaites, une maladie aiguë intervint qui supprima les mouvements choréiques. *Febris spasmos solvit*. Après la convalescence, la chorée reparut et alors la salicylate de soude reprit toute son activité.

Ce que j'écris n'est pas pour venir simplement réclamer la priorité en faveur du traitement que j'ai proposé depuis un quart de siècle, c'est surtout pour ajouter ceci : que l'aspirine peut être employée avec autant de succès que le salicylate de soude. L'aspirine est même plus active et, à ce titre, il faut la posologuer avec une réserve plus grande Méfiez-vous de l'art qui consiste à vouloir juguler les maladies. Le malade a toujours à faire les frais d'une cure trop hâtive. Depuis que nous avons l'aspirine, j'alterne les deux médications et elles paraissent se compléter d'autant mieux.

Pour plus de détails, je renvoie à mes communications antérieures et je termine en disant comme le Dr Lees, qu'en effet, le traitement qu'il préconise est certainement le meilleur. Il n'y a que 25 ans que j'ai émis cette prétention, mais ma faible parole de praticien est restée jusqu'à ce jour, *vox clamantis in deserto.*

(1) Salicylate de soude dans le traitement de la chorée. (*Bulletin de Thérapeutique*, 1879.)
De la chorée et de son traitement (*Ibid.*) 1890.
Pathogénie et traitement de la chorée. (*Journal des Praticiens*, 1898).
Communication au Congrès de Madrid, publiée dans le *Bulletin de Thérapeutique*, 30 juillet 1903.
(2) *Bulletin de Thérapeutique*, 30 juillet 1903.

MASSOTHERAPIE

Traitement du vaginisme par le massage suédois (procédé de Thure-Brandt) ;

Par le Dr Saquet, à Nantes.

Le vaginisme est une affection fréquente et rebelle, pour la guérison de laquelle on a tout essayé : médecine et chirurgie, avec plus ou moins de succès.

Cette affection n'existe que chez les névropathes, mais aussi bien chez les filles que chez les femmes mariées.

Elle n'est que rarement accusée, soit que les femmes ne se rendent pas compte de ce qu'elles éprouvent, soit qu'elles n'osent l'avouer. C'est souvent la raison de certains célibats ou une cause de désunion dans les ménages.

Thure-Brandt, l'inventeur de la gymnastique gynécologique suédoise, considérait cette affection comme une crampe ou contracture des muscles du plancher du bassin et employait le traitement suivant :

« Je considère comme capital, dit-il, de persuader à la malade, avant tout, qu'on n'exercera aucune violence.

« On sait combien est grande la sensibilité dans cette affection. La malade demi-couchée, jambes pliées, j'applique le doigt enduit de vaseline sur l'une puis sur l'autre des grandes lèvres, très-légèrement pour commencer et en demandant si cela fait mal.

Puis j'applique le doigt sur d'autres points, très-doucement et en posant toujours la même question.

Le lendemain et les jours suivants, je continue de même façon, approchant par degrés de l'orifice vaginal. Graduellement j'arrive à mettre le doigt à l'entrée de l'orifice vulvo-vaginal, puis je le retire sans, pour ainsi dire, que la malade s'en aperçoive. La séance est terminée. A la suivante, je pénètre un peu, très peu, laissant le doigt

cheminer par son propre poids et j'exerce une très légère compression à droite et à gauche. En allant ainsi par degrés, et en exerçant toujours cette compression, on réussit en quelques jours à introduire l'index entier. » Traduction Stapfer, page 545. *Traité de Kinésithérapie gynécologique* chez Maloine. Paris 1897.

Par ce procédé Th. Brandt est arrivé en quelques semaines, parfois en une quinzaine dans les cas les plus favorables à guérir les patientes de leur affection.

En somme, il s'agit d'une dilatation progressive Th. Brandt était très grand et avait la main succulente, et cette main, était atteinte dans la dernière année de sa vie où je l'ai vu, d'un tremblement professionnel analogue à celui de la paralysie agitante, vibration chez lui plus légère et pouvant l'aider à combattre spasmes ou contractures.

Ce procédé de douceur agit sur le psychisme de la malade et arrive à guérir l'affection dans les cas légers.

Pour nous, les différents procédés chirurgicaux n'opèrent pas autrement que par suggestion.

Mais dans les cas graves, Stapfer prétend que la cause en est due à de la cellulite pelvienne ou œdème du tissu cellulaire périgénital et j'ai observé plusieurs faits confirmatifs de cette opinion.

Un entre autres où le vaginisme avait résisté à un accouchement. Le procédé de Th. Brandt décrit plus haut fut employé et, aidé du massage gynécologique, réussit à débarrasser la malade de son affection.

J'ai revu la patiente plusieurs années après. elle n'était plus incommodée par le spasme vaginal.

J'ai observé plusieurs cas de vaginisme chez des filles hystériques, vaginisme qui a été dissipé de la même manière.

Dans certains cas, le nervosisme concomitant s'est trouvé amélioré ou dissipé, alors qu'il avait résisté de longues années à différentes méthodes, mais on ne s'était jamais occupé du vaginisme qui était resté insoupçonné.

En somme, ce procédé sans danger, qui m'a toujours donné d'excellents résultats, est à recommander.

FAITS CLINIQUES

Appendicite et accouchements. — Cas grave de clinique et de risque professionnel.

M. le Dr Poitou-Duplessis a présenté récemment à la société du XVIIe arrondissement de Paris une observation d'un grand intérêt clinique et d'une portée professionnelle considérable, que nous reproduisons en entier pour le plus grand profit des praticiens :

Le jeudi 2 juillet 1903, je suis appelé Avenue de Villiers, par Mme L. L., sage-femme très capable, prudente et expérimentée, lauréate de la Maternité, pour procéder à une application de forceps, chez une de ses clientes.

A mon arrivée, elle m'explique que depuis *deux jours*, Mme X... est en travail, ayant des douleurs *très violentes*, *presque continues*, et que cependant le travail ne marche qu'avec une excessive lenteur ; que la dilatation est complète depuis plusieurs heures, mais que la tête (en O I D P.) malgré des douleurs soutenues, ne progresse pas, et s'immobilise au détroit supérieur ; que cependant les battements du cœur de l'enfant se sont ralentis et affaiblis, qu'ils sont à peine perceptibles. et qu'il lui a semblé nécessaire de me faire demander pour terminer cet accouchement dystocique par une application de forceps.

Après m'être, par un examen rapide , rendu compte de la situation, je procédai à cette application que je jugeai en effet nécessaire, et qui fut faite avec toutes les précautions voulues d'antisepsie et de prudence ; bien qu'un peu laborieuse, elle ne comporta pas de difficultés particulières. et je pus extraire un enfant déjà mort, et dont la tête présentait un notable degré d'hydrocéphalie, suffisant pour expliquer la lenteur de l'expulsion.

La délivrance se fit ensuite très normalement et je quittai Mme X...., la laissant, pour les autres soins consécutifs, aux mains de la sage-femme, en laquelle je savais que la famille pouvait avoir toute confiance.

Dès le lendemain, cependant, j'étais mandé à nouveau par Mme L. L... Je constatai que Mme X... présentait un pouls petit. fréquent, une température de 38° 3 ; des douleurs abdominales qui n'avaient pas cessé depuis l'accouchement ; des vomissements constants, porracés ; tous les symptômes enfin d'une péritonite suraiguë, avancée, et déjà probablement suppurée.

Je me demandai aussitôt quelle pouvait être la cause. la genèse de cette péritonite foudroyante ?

Avais-je donc eu le malheur, lors de l'application du forceps, de produire quelque lésion grave, quelque déchirure de l'utérus ? J'étais, quant à moi, assez sûr de ma technique opératoire pour être bien certain du contraire ; mais je pouvais redouter que tout le monde n'en fût pas aussi convaincu.

Y avait-il eu pénétration dans les trompes du liquide de l'injection intra-utérine faite après la délivrance ?.... Cela était bien improbable, et la possibilité même de cette pénétration est très contestable au point de vue physiologique.

Etait-on en présence d'une *septicémie suraiguë* ?... mais où pouvait être la porte d'entrée de l'agent infectieux, alors que le forceps avait été flambé à l'alcool. alors que j'étais certain, tant de ma part que de celle de la sage-femme, de la plus rigoureuse asepsie et antisepsie ; et d'ailleurs la marche même de l'affection, la rapidité des symptômes de suppuration péritonéale coïncidant avec une température *relativement peu élevée*, écartaient cette hypothèse.

C'est alors seulement que me furent fournis par la famille d'importants commémoratifs. J'appris que, à *plusieurs reprises pendant la durée de la grossesse*, la malade avait éprouvé des crises de douleurs abdominales coïncidant avec une constipation opiniâtre, que les crises avaient été passagères, considérées comme presque normales et dues uniquement à l'état de grossesse ; qu'on n'avait pas cru devoir prendre à leur sujet aucun avis médical, et qu'enfin il s'en était produit une nouvelle tout récemment, peu de jours avant l'accouchement.

Dès lors, je diagnostiquai me trouver en présence d'une « *appendicite grave*, avec *gangrène*, *perforation* et *suppuration abdominale*. »

Les douleurs de l'appendicite avaient été masquées par celles de l'accouchement. et nécessai-

rement méconnues ; et au moment où j'avais été appelé pour l'application de forceps, la péritonite existait déjà.

Je fis connaître à la famille la gravité de cet état, qui me paraissait nécessiter un transport immédiat à l'hôpital, pour une laparotomie d'urgence, car une opération à domicile était impossible. Mais la malade s'y refusait absolument. Je fis appliquer de la glace sur le ventre, pendant toute la nuit, et le lendemain matin, la malade consentit, sur mes instances réitérées, à se laisser transporter à Beaujon.

Mais la situation s'était tellement aggravée que le Dr Tuffier ne crut pas devoir tenter une intervention opératoire qui lui parut n'avoir aucune chance de succès.

Je fis connaître au chirurgien le diagnostic que j'avais porté, et mon désir de voir, si le décès se produisait, sa cause en être dévoilée par l'autopsie.

La malade mourut dans la soirée. M. le Dr Tuffier fit réclamer l'autopsie, qui fut pratiquée à la Morgue, elle confirma mon diagnostic, et montra (je copie textuellement la note qui m'a été remise) :

« UNE QUANTITÉ ÉNORME DE PUS RÉPANDU DANS LE « PÉRITOINE, ET L'UTÉRUS TRÈS SAIN ET NE PRÉSEN- « TANT AUCUNE TRACE DE LÉSION ».

Messieurs, je disais en commençant que cette observation me paraissait avoir une double importance, au point de vue clinique et à celui des intérêts professionnels.

1° *Au point de vue clinique*, elle confirme ce fait déjà connu, mais qu'il n'est pas inutile de rappeler « que la gravidité provoque souvent des pous- « sées congestives autour des foyers anciens d'ap- » pendicite, et que le diagnostic de ces réveils « d'appendicites anciennes, de ces *appendicites à* « *répétition*, est rendu *particulièrement difficile* par « la coexistence de la grossesse.... (à plus forte « raison d'un début de travail). L'intervention « opératoire aura d'autant plus de chance de suc- « cès qu'elle sera pratiquée à une époque plus « *rapprochée du début* de la grossesse... Aussi con- « vient-il d'y avoir recours, en opérant à froid « aussitôt la première crise, dont le diagnostic « aura été fait d'une façon ferme. (Voyez. Oui, « *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, gyné-* « *cologie et pédiatrie*, mars 1903) ».

Il est probable que si, lors des premières crises douloureuses de Mme X..., dans les commencements de la grossesse, on avait demandé un médecin, si l'appendicectomie avait été pratiquée, la grossesse eût continué ensuite son cours normal, et la vie de la malade eût été préservée ; tandis que cette crise ultime coïncidant avec l'accouchement devait *inévitablement* aboutir à la terminaison fatale qui s'est produite.

Au point de vue des intérêts professionnels, il me semble utile d'insister sur la facilité avec laquelle, en pareil cas, le médecin pourrait se trouver exposé à des interprétations aussi fâcheuses qu'injustes, et qui, dans la pratique, ne se produisent que trop souvent de la part des ignorants, et même.... d'autres. Si je n'avais pas insisté pour que l'autopsie fût faite (ce qui, au point de vue légal, était absolument nécessaire, puisqu'on se trouvait en présence d'une mort de cause inconnue) ; si celle-ci n'avait pas démontré, avec la clarté de l'évidence, « l'absence de toute lésion opératoire, l'intégrité absolue de l'utérus et de tout l'appareil génital, » et l'existence d'une cause de mort qui « ne pouvait être évitée », et qui était d'ailleurs « bien antérieure, » et à l'accouchement et à toute intervention opératoire ou manuelle, il n'eût pas manqué de se produire et de se répandre, dans le public, des accusations malveillantes, contre le médecin et contre la sage-femme, alors qu'il est bien évident (et je pense que telle sera certainement votre appréciation) qu'ils sont l'un et l'autre à l'abri de tout reproche.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'électrothérapie et l'exercice illégal de la médecine.

La Xe Chambre du Tribunal de la Seine, statuant correctionnellement, vient de rendre un jugement qui se concilie mal avec ses décisions antérieures et l'orientation habituelle de la jurisprudence. Il s'agissait, dans la cause, d'une société américaine, la *Sanden electric belts*, dont on retrouve sans cesse, fastueusement étalées à la quatrième page des grands journaux quotidiens, les gravures suggestives et les promesses consolantes. Cette société a pour objet la vente d'une ceinture dite : « Herculex électrique » inventée par le Dr SANDEN. Ses établissements dans le Nouveau-Monde sont nombreux. La vieille Europe, moins bien partagée, n'en possède qu'un, mais par une préférence évidemment flatteuse pour nous. il est situé à Paris, 15, rue de la Paix. On prétend d'ailleurs qu'il réalise des bénéfices importants ; on parlait à l'audience de 500.000 francs par an, sur lesquels l'agent parisien de la Sanden Co prélèverait la coquette rémunération de 40.000 à 50.000 francs.

Au dire de son inventeur, la ceinture Herculex possède, outre ce mérite particulier de l'enrichir libéralement, cet autre de guérir la plupart des maladies connues et inconnues, spécialement : la spermatorrhée, la nervosité, l'impuissance, le varicocèle, l'atrophie des organes, les rhumatismes, le lumbago, la sciatique, les névralgies, les affections des reins, de la vessie, du foie, de l'estomac. la constipation, la mélancolie, les maladies du sang, la paralysie et les affections similaires, les maladies des femmes, les affections bronchiques et pulmonaires, etc., etc. Cela résulte de la façon la plus explicite des annonces faites dans la presse, ainsi que d'un long prospectus contenant force renseignements et conseils très circonstanciés et surtout d'une brochure de *soixante pages* envoyée gratuitement à toute personne qui la demande. Cet opuscule, intitulé « la Santé retrouvée dans la Nature », artificieusement rédigé, imprimé avec élégance, agrémenté d'une jolie couverture modern-style, d'illustrations nombreuses, et, somme toute, curieux à lire même pour les esprits difficiles à convaincre, peut passer pour un modèle du genre : les Yankees sont des maîtres en matière de publicité.

Cette réclame n'en devait pas moins attirer l'attention du Parquet. Des poursuites furent engagées, et, le 30 mai dernier, M. le Professeur BROUARDEL, chargé de l'expertise, déposait son rapport. Nous en donnons ci-après les parties

essentielles. Leur intérêt ne résulte pas seulement de l'autorité dont elles émanent. Jusqu'ici, la jurisprudence avait eu à se prononcer sur le cas des masseurs, ventouseurs, panseurs, doucheurs, ou autres praticiens d'emplois analogues, qui font de la médecine sans diplôme. A leur égard, malgré quelques divergences dont la plupart s'expliquent par des questions d'espèce, ces décisions ont acquis une notable fixité. Au contraire, les électriciens n'avaient pas encore été inquiétés, leur situation était restée judiciairement intacte. C'est dans l'affaire Sanden qu'on a pour la première fois tenté, à notre connaissance, de leur appliquer la loi du 30 novembre 1892, art. 16 et 1er (1).

. . . .

Le rapport d'expert est ainsi conçu :

Examen de la Ceinture.

« Le scellé qui nous a été remis contient une » ceinture électrique «Herculex ». Elle est constituée par une série de petits tubes aplatis composés de deux métaux séparés par des fragments de flanelle. Ces tubes sont reliés par » des crochets. Le tout est revêtu par une étoffe.

» Lorsqu'on plonge, suivant l'indication du » prospectus, la ceinture dans une solution acidulée, il doit se produire une certaine quantité » d'électricité, car, cette ceinture forme en réalité » une petite pile analogue à celle de VOLTA.

» L'épreuve faite avec la ceinture saisie ne nous » avait donné aux extrémités de la chaîne aucune » sorte de courant (essai au voltamètre et au galvanomètre).

» Nous avons prié M. le Juge d'Instruction de » nous faire remettre les différents modèles indiqués ; en même temps, nous avons acheté des » appareils neufs et plus sensibles ; les résultats » ont été ceux-ci : Toutes les ceintures donnent » un courant électrique appréciable ; les plus » grandes donnent le courant le plus fort.

» Les ceintures expérimentées donnent donc » un courant électrique appréciable.

» Elles sont donc des appareils pouvant être » employés dans des cas déterminés. Elles peuvent prendre place dans ceux qui sont en usage » dans l'électrothérapie.

» Entre les mains d'un médecin rompu aux » difficultés et aux indications de ce moyen thérapeutique, l'électricité est un agent actif. Mais, » lorsqu'on en use sans connaissances suffisantes » pour préciser ces indications, on peut aggraver l'état de souffrance provoqué par le ralentissement ou l'excitation des fonctions des différents organes, foie, reins, intestins, etc., etc.

» Le peu d'intensité du courant développé par » ces ceintures diminue évidemment le danger » de leur emploi, mais, la durée de l'action pendant une série de nuits ne doit pas être considérée comme indifférente.

» En fait, ces ceintures dégagent de l'électricité. Celle-ci est un agent thérapeutique : leur » emploi ne peut donc être prescrit que par une » ordonnance médicale.

» Les propectus, les réclames insérées dans les » journaux, contiennent d'ailleurs l'affirmation » de l'action thérapeutique de la ceinture « Herculex » : elle guérit les rhumatismes, lumbagos, affections des reins, de la vessie, du foie, » de l'estomac, la constipation, etc.

» Un médecin peut seul reconnaître celles de » ces maladies, qui, dans chaque cas particulier, » trouveront bénéfice ou nuisance dans l'emploi » de ce moyen.

» Conclusions :

» La vente des ceintures électriques du Dr SANDEN, sans examen préalable du malade par un » médecin et sans ordonnance de celui-ci, constitue un acte d'exercice illégal de la médecine.

» (Signé) P. BROUARDEL. »

En d'autres termes, l'argumentation du rapport est celle-ci :

L'article 16, § 1er, de la loi du 30 nov. 1892, à appliquer dans la cause, est ainsi conçu :

« Exerce illégalement la médecine, — toute » personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant » pas dans des conditions stipulées aux art. 6, » 29 et 32 de la présente loi (sans intérêt dans le » procès Sanden), prend part habituellement, ou » par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à » la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée. »

Il ne peut donc y avoir lieu à condamnation que lorsque les circonstances suivantes sont établies contre l'inculpé :

1° *Absence de diplôme.* — En fait, M. S..., agent parisien de la Sanden Cy, contre qui étaient dirigées les poursuites, reconnaissait n'en posséder aucun.

2° *Avoir pris part au traitement des maladies ou affections chirurgicales.* — C'est-à-dire avoir commis des actes ou donné des conseils tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de maladie ou malaise (Définition de M. JACQUEY : Voy. *Echo Méd. du Nord.* n° du 19 avril 1903 : Une des causes de la crise médicale). La vente de la ceinture Herculex, abstraction faite des autres agissements de ses vendeurs, ne constitue donc pas l'exercice illégal de la médecine. Aussi le rapport retient-il en même temps contre M. S... la distribution de prospectus et brochures contenant une foule d'indications et de renseignements médicaux traitant expressément les divers points dont se préoccupe l'homme de l'art et son client au cours d'une consultation et précisant pour conclure la sorte de ceinture à choisir suivant le cas ainsi que la façon de la porter. Voilà les faits délictueux de l'espèce.

Sur ce terrain, M. S... se défendait avec énergie et habileté. D'abord, disait-il, je suis si peu en état de donner des avis médicaux que je parle très mal le français. Ensuite ma clientèle ne compte pas de malades, mon appareil n'est demandé que par des « Messieurs d'un certain âge » qui viennent tous dans mon établissement « pour rendre service à un ami », et n'ont garde de s'y attarder en posant des questions. On ne peut donc rien voir en moi qu'un dépositaire d'instruments hygiéniques dont le commerce est libre.

Mais, même si l'on admet l'exactitude de ces déclarations, il n'en reste pas moins vrai qu'on peut exercer la médecine légalement ou non en donnant des consultations dans une langue étrangère et en répandant des prospectus et des bro-

(1) Voy. : sous le régime de l'ancienne législation, Jug. Trib. correct. Seine, 18 août 1876, aff. Gayod. *Ann. hyg. et méd. lég.*, 2e série, t. 46, 1876, p. 455, favorable à la répression.

chures destinés à la généralité des malades. Les publications de la Sanden C° nommant les maladies par leur nom, décrivant leurs caractères, prodiguant des détails enseignés par la pratique médicale, préconisant de la façon la plus explicite l'usage d'un moyen curatif déterminé et réglant son mode d'emploi, contiennent bien ce que l'article 16 de la loi appelle un « traitement », et ce qu'il prohibe à ce titre. Et les manœuvres de la Sanden C° n'ont même pas l'excuse de la gratuité, puisque le prix de ces ceintures varie de 30 à 500 fr. (Voyez sur le traitement par publication : DUBRAC, Traité de jurisp. doct. — aff. Raspail).

3° En ce qui concerne la troisième circonstance nécessaire pour la réalisation du délit, celle d'*habitude*, l'extension de la Sanden C° rendait toute contestation impossible.

On pouvait donc s'attendre à la condamnation de M. S... Le Tribunal l'a cependant acquitté avec les considérants suivants (1) :

« Attendu que S... W.. est prévenu d'exercice illégal de la médecine ;

» Attendu qu'il est constant que la ceinture » Herculex du Dr SANDEN peut constituer un » moyen curatif, ainsi qu'il appert d'un rapport » du professeur BROUARDEL qui déclare notam- » ment que cette ceinture peut prendre place » dans les appareils qui sont en usage dans l'é- » lectrothérapie. Que toutefois S... n'est pas pré- » venu d'avoir vendu ces appareils ;

» Attendu qu'il n'est nullement établi qu'il ait » pris part habituellement ou par une direction » suivie au traitement des maladies déterminées » aux termes de la loi visée par le Parquet. »

Il en résulte que la question de principe reste entière.

Un seul fait est acquis aux débats : M. S... W.. vendait des ceintures Herculex.

Mais l'inculpation dirigée contre lui étant celle d'avoir exercé illégalement la médecine, le Tribunal déclare implicitement qu'il n'existe pas de rapport direct entre le fait établi et la nature de l'inculpation.

D'ailleurs, le seul fait de vendre des ceintures Herculex pourrait-il donner lieu à une inculpation ? Nous ne le pensons pas puisque la profession de bandagiste est libre.

D'autre part, et en ce qui concerne le traitement des maladies le tribunal ne considère pas la participation de S... comme établie.

C'est là sans doute le point faible de la discussion.

Si M. S... n'est point l'auteur principal du délit, il y a vraisemblablement participé comme complice, par exemple, en collaborant à la publicité ou plus généralement en organisant des actes délictueux et en en recueillant les bénéfices.

Il n'était donc pas nécessaire d'aller bien loin pour s'en procurer la preuve.

Cette considération n'a pas déterminé la partie civile à interjeter appel. Peut-être le ministère public sera-t-il plus téméraire. Il faut le souhaiter, quand ce ne serait que pour voir fixer un point important de jurisprudence.

(*Pédiatrie pratique.*) B. D.

---

(1) Jugement de la X° Chambre du Tribunal de la Seine (correct.) du 22 oct. 1903. Présidence de M. SERRÉ DE RIVIÈRE. M. ROCHER, avocat du syndicat des médecins de la Seine, Me P. ALBERT-MARTIN, avocat de M. W. S...

Recommandé aux membres de la Ligue des médecins et des pères de famille.

Je ne puis résister au désir de donner la publicité d'un journal médical à un ouvrage qui m'est tombé entre les mains et qui porte le titre de : *Les Sciences Physiques et Naturelles du Certificat d'Etudes Primaires*, par Albert Brémant, directeur des cours de l'Ecole d'Horlogerie de Paris, etc.

Voici ce qu'on lit dans ce livre, destiné *à des enfants de 10 à 13 ans*, au chapitre VII, intitulé : « Premiers soins à donner en cas d'accidents » (p. 29) :

— « Il vous sera possible de constater la frac- « ture de l'os d'un membre, lorsque ce membre « exécutera dans sa longueur des flexions qu'il « ne peut jamais exécuter normalement......

«..... L'humérus, l'os du bras, est brisé par le « milieu ; un aide tiendra solidement de ses deux « mains l'épaule du blessé ; un autre tirera avec « plus ou moins de force, mais sans secousse, le « fragment d'os au-dessous du coude. Alors, avec « vos mains, vous pourrez rapprocher, en les sen- « tant à travers la peau et les muscles, les deux « extrémités de l'os brisé que vous replacerez « ainsi bout à bout. »

Pourquoi ne pas plutôt écouter le poète qui dit :

N'y touchez pas, il est brisé !

«.... On emploie avec raison, pour faire cesser « cette hémorrhagie (saignement de nez), l'eau « fraîche et le refroidissement brusque du cou « en plaçant une clé entre les deux épaules ; en « même temps, on maintiendra en l'air le bras « correspondant au côté du nez par lequel l'é- « coulement a lieu.... »

«....(Pour) arrêter l'hémorragie (d'une coupure), « les corps froids sont les plus efficaces : em- « ployez abondamment l'eau froide. »

«.... Brûlures. Si la brûlure n'a pas formé plaie, « plongez la partie brûlée dans l'eau fraîche, ou « appliquez des compresses froides, de la neige, « de la glace. Si la brûlure a enlevé la peau, ap- « pliquez du beurre, du blanc d'œuf, de l'huile ».

L'auteur ne dit pas si ce beurre, cette huile, n'ont pas plus de vertus quand ils sont rances ! ? ! ?

Viennent ensuite des instructions détaillées sur les soins à donner aux noyés, aux asphyxiés, aux pendus..., sur la manière de pratiquer la respiration artificielle, sur l'apoplexie et les interventions d'urgence qu'elle commande, etc.

Ainsi des fillettes, — des enfants — seront — à peine au sortir du maillot — initiés à des pratiques qui — ressemblant fort aux antiques remèdes de bonne femme — sont loin d'avoir le semblant de caractère scientifique qui constitue le minimum qu'on puisse véritablement exiger d'un livre qui s'intitule pompeusement : « livre de sciences ». Il est vrai que l'auteur est professeur à l'Ecole d'Horlogerie ! ! !

Quoi qu'il en soit de cet encouragement précoce à l'exercice illégal de la médecine, n'est-il pas vrai, plus que jamais, que Molière a raison et que le bonhomme Chrysale était bien inspiré quand il apostrophait les « femmes savantes » de sa famille, de la manière que vous savez. Il est vrai qu'alors on ne connaissait peut-être pas le traitement de l'épistaxis par l'application d'une clé

dans le dos... Soyons tous des « Chrysales » énergiques et résolus, et demandons — comme médecins — qu'on supprime des livres dits classiques de pareilles erreurs, et, comme pères de famille, qu'on débarrasse les programmes de ce fatras de notions plus ou moins scientifiques qui encombre les intelligences sans les meubler et qui est incompatible avec la bonne hygiène intellectuelle et morale que nous devons rêver pour nos enfants.

OAK'S

JURISPRUDENCE MEDICALE

Audience publique de la Justice de Paix du canton d'Oyonnax, du lundi 9 mars 1903, 9 heures du matin.

Tenue dans une des salles de la Mairie d'Oyonnax, par M. Paul PONDÉROUS, juge de paix, assisté de M. H. JACQUENOD, greffier,

Entre M. P. B. docteur en médecine, demeurant à O., demandeur, d'une part,

Et 1° M. A. C., entrepreneur, demeurant à O., défendeur, et 2° M. J. F., ouvrier charretier, demeurant à O., autre défendeur, d'autre part.

Par exploit de Me B., huissier près du Tribunal de première instance de Nantua, en résidence à O., le Dr B. a fait citer les défendeurs à comparaître à notre audience du lundi 2 mars 1903, pour, est-il dit notamment, dans cet exploit, s'entendre condamner, conjointement et solidairement entre eux, à payer au requérant la somme capitale de 78 francs, se composant de :

34 pansements à 2 fr. l'un....	68 fr.
le 22 mai, 1 certificat..............	5 fr.
le 2 juillet, 1 certificat............	5 fr.
Total égal....	78 fr.

Le tout à suite d'hospitalisation, à l'hôpital d'O., de l'ouvrier J., au service du patron C., et blessé dans son travail et, en conséquence des articles 4 et 15 de la loi du 9 avril 1898, faisant l'ouvrier débiteur envers le requérant et le patron responsable et garant des frais et soins médicaux.

L'audience du dit jour 2 mars advenue, sur la demande de C., et par l'intermédiaire de M. L., agent général d'assurances à St-C., conseil du dit C., l'affaire fut renvoyée à l'audience du lundi 9 mars 1903.

Cette audience advenant et l'affaire y appelée, le demandeur comparut en personne ainsi que le défendeur C., ce dernier assisté de M. L., agent d'assurances à St-C., son conseil.

Le défendeur J., ne se présente pas, ni personne pour lui.

Lecture faite de l'exploit introductif d'instance, il fut pris les conclusions suivantes :

Le Dr B., requit défaut contre J., et pour le profit et au fond, conclut à ce qu'il nous plût lui allouer le bénéfice des fins de son exploit.

C., défendeur, par l'organe de son conseil, M. L., fit lire et déposer les conclusions écrites suivantes :

« Attendu tout d'abord que dans le litige il ne saurait être question de l'application de la loi du 9 avril 1898 ;

« Que si cette loi peut être invoquée par l'ouvrier dans ses rapports avec le patron, elle est complètement étrangère aux réclamations que peut formuler le médecin vis-à-vis du patron, que le droit commun seul est applicable ;

« Attendu que C. a payé les frais d'hospitalisation ; que, par tous pays, on entend par frais d'hospitalisation les dépenses afférentes à la nourriture, au logement, à la garde, aux soins médicaux et aux autres fournitures pharmaceutiques ; que, par suite, il ne doit rien au Dr B., qui touche une rémunération à forfait de l'établissement hospitalier ;

« Attendu que cette demande est vexatoire, dérange le concluant et l'éloigne de ses affaires, que des dommages-intérêts lui sont dus et qu'il est en droit de se porter reconventionnellement demandeur ;

« Par ces motifs,

« Dire sans application la loi du 9 avril 1898 ; dire que C., s'est libéré pour les soins médicaux qui ont pu être donnés à son ouvrier en acquittant intégralement la note d'hospitalisation ; qu'il ne doit rien de ce chef ;

« Condamner le Dr B., en 120 francs de dommages-intérêts et aux dépens. »

Le Dr B., répliqua, disant qu'il maintenait sa demande, basée sur les dispositions des articles 4 et 15 de la loi du 9 avril 1898 et non sur le droit commun, ajoutant que, sous l'empire de la dite loi, les ouvriers blessés dans leur travail n'étaient ni ne pouvaient être considérés comme indigents ou gens sans ressources ; que, dès lors qu'ils étaient hospitalisés, les chefs d'entreprise devaient au médecin les ayant soignés des honoraires en dehors des journées d'hôpital.

Tous débats clos, jugement en a terminé :

Nous, juge de paix, vu l'exploit introductif d'instance ;

Vu les articles 4 et 15 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ;

Ouï les parties comparantes en leurs dires, explications, aveux, moyens et conclusions :

Statuant publiquement et en dernier ressort ;

Attendu qu'il n'est pas contesté que J. F., ouvrier charretier au service de l'entrepreneur C., ait été blessé dans son travail et, à suite de cet accident, survenu courant 1902, hospitalisé à l'hôpital d'O., avec l'assentiment du patron C.;

Attendu qu'il est reconnu et acquis aux débats que M. le Dr P. B., en qualité de médecin traitant à l'hôpital d'O., a pratiqué sur J., divers pansements, fourni deux certificats, dont il demande le paiement conjointement et solidairement à l'ouvrier victime et au chef d'entreprise en vertu des articles 4 et 15 de la loi du 9 avril 1898, soit :

34 pansements à 2 fr. l'un......	68 fr.
2 certificats à 5 fr. l'un.........	10 fr.
Total égal.....	78 fr.

Attendu que l'ouvrier J. a été régulièrement cité ; que, s'il ne comparaît pas, cela doit laisser croire qu'il s'en remet à la sagesse du juge ;

Attendu que le patron C., pour résister à la demande, dans des conclusions écrites, déposées et développées à l'audience par son conseil, M. L., directeur régional d'asurances, invoque d'abord que le litige, à nous soumis n'est pas régi par la loi du 9 avril 1898 et tombe sous l'application du droit commun, la réclamation du Dr B., contre le chef d'entreprise étant étrangère aux règles de la dite loi ; ensuite que C., chef d'entreprise, ayant payé les frais d'hospitalisation de son ouvrier blessé (94 fr.), dans ce paiement étaient compris la nourriture, le logement, la garde, les soins médicaux et autres fournitures pharmaceutiques ; qu'en outre M. le Dr B. touchant une rémunération à forfait de l'hospice d'O., il ne serait par suite rien dû à ce médecin ; qu'enfin, il se porte reconventionnellement demandeur en 120 francs de dommages-intérêts, motifs pris de ce que l'action du Dr B., vexatoire, lui aurait été préjudiciable ;

Attendu dès lors qu'il y a lieu, pour nous, d'examiner et de rechercher si la demande principale est recevable et fondée et par suite celle en reconvention.

Sur l'application à la cause de la loi du 9 avril 1898 :

Attendu que l'action en paiement des frais médicaux et pharmaceutiques en matières d'accidents est une action personnelle, *sui generis*, créée de toutes pièces par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, au profit des médecins et pharmaciens dont l'assistance et le secours sont réclamés ; qu'ayant une action directe contre l'ouvrier victime de l'accident, ils n'en conservent pas moins le droit d'en poursuivre le

paiement soit contre l'ouvrier, soit contre le chef d'entreprise, soit simultanément, conjointement et solidairement contre les deux, alors surtout que le chef d'entreprise est tenu, en dernier lieu, de supporter ces frais ;

Attendu qu'aux termes de l'article 15 de la susdite loi, cette action ressortit, par dérogation au droit commun, au juge de paix du lieu où l'accident s'est produit, jugeant en dernier ressort, seul compétent, pour en connaître à quelque chiffre que la demande puisse s'élever ;

Attendu que des dispositions combinées des articles 4 et 15 de la même loi, il résulte que cette compétence unique, illimitée, sans appel possible et sortant des règles du droit commun pour connaître des constatations relatives aux frais médicaux, est réservée au juge de paix du lieu de l'accident, soit que la demande émane de la victime, soit qu'elle emane du médecin ;

Attendu donc qu'il est hors de conteste que c'est à l'empire des règles de la susdite loi que les contestations entre les chefs d'entreprise et les médecins réclamant honoraires sont définitivement soumises; que, par suite, tout patron assujetti à la susdite loi est mal venu d'invoquer le droit commun ; qu'il est dès lors puéril, de la part du défendeur C. de vouloir se dérober aux règles édictées par la loi du 9 avril 1898, qui a mis à sa charge l'obligation du paiement de tous frais médicaux ; que d'ailleurs pareille prétention et exception a été unanimement rejetée par de nombreuses décisions des tribunaux cantonaux, toutes hautement approuvées par les commentateurs ;

Quant au droit aux honoraires :

Attendu que J. ne saurait être considéré comme un malade indigent ni privé de ressources ; qu'en effet, victime d'un accident du travail et hospitalisé, il est si peu privé de ressources que le recouvrement de ses frais de maladie (frais médicaux et autres) est assuré puisqu'ils sont mis légalement à la charge du chef d'entreprise, et que ledit ouvrier a joui de salaires journaliers et était en droit d'une pension annuelle (loi du 9 avril 1898) ;

Attendu que par la nature même de leurs engagements, les médecins, assurant le service de l'hôpital d'O., ne doivent leurs soins gratuitement qu'aux indigents placés dans cet établissement, c'est-à-dire aux individus privés de ressources ; qu'en effet, si les médecins d'O. sont désignés par la commission administrative pour, moyennant une très faible indemnité, prêter leur art à l'œuvre de charité pour laquelle l'hospice a été créé et à laquelle il doit être uniquement destiné, le devoir de ces médecins envers l'hospice ne saurait s'étendre au-delà de l'engagement qu'ils ont pris de secourir les malheureux, les pauvres, d'où la conséquence qu'ils ne sont pas obligés de soigner gratuitement les malades hospitalisés qui ne se trouvent pas dans les conditions d'indigence prévus par les articles 4 et 5 de la loi du 7 août 1851 et 2 et 31 de la loi du 25 juillet 1893 ;

Attendu que vainement soutiendrait-on que, rien dans les statuts de l'hospice d'O., rien dans les délibérations de la Commission de cet établissement ne réservant aux medecins le droit de réclamer des honoraires aux malades payants, ces médecins ne peuvent leur rien demander ; qu'en effet, en recherchant quelle a été la commune intention des parties contractantes, d'une part l'administration, d'autre part les médecins, il ressort du mutisme des statuts et délibérations à cet égard, que l'une, la commission, a voulu ne pas interdire aux médecins le droit de réclamer des honoraires aux malades payants ; l'autre, les médecins, ont voulu et entendu rester libres de demander ou non des honoraires aux malades hospitalisés payants ;

Attendu donc qu'on ne saurait dénier aux médecins le droit de réclamer leurs honoraires aux malades solvables soignés à l'hospice, qu'autrement ce serait, par leur fonction déjà toute de dévouement, les obliger à faire œuvre de charité à leur propre détriment ;

Attendu que M. le Dr P. B., en assurant, à son tour de rôle, le service de l'hôpital d'O., donne gratuitement ses soins aux malades indigents de cet établissement ; que la somme dérisoire de 150 francs qu'il reçoit annuellement, ainsi que ses deux confrères, lui est accordée non à titre d'honoraires à forfait, mais bien à titre d'indemnité illusoire de déplacement et de dérangement ; que par suite le chef d'entreprise C., en payant à l'établissement hospitalier d'O., 94 francs pour journées d'hospitalisation de son ouvrier blessé J., est aujourd'hui mal venu de faire soutenir que, dans cette somme, sont compris les honoraires réclamés par M. le Dr B. ;

Attendu enfin que décider que les médecins, parce qu'ils font la charité ou qu'ils touchent l'indemnité annuelle de 150 francs n'auraient pas le droit de réclamer d'honoraires aux malades qui ne sont ni indigents ni privés de ressources, tels les ouvriers victimes d'accidents du travail, hospitalisés par les patrons, serait non seulement méconnaître et violer tous les principes et règles du droit et de l'équité, mais encore encourager les refus et résistances opposés par les chefs d'entreprises aux justes demandes de ces médecins, refus et résistances généralement conseillés par des compagnies richissimes avec lesquelles les patrons ont contracté, et qu'une ardeur au gain toujours grandissante incite à faire bénéficier au détriment du médecin qui a donné visites, soins ou opérations à l'ouvrier victime d'accident du travail, ouvrier à qui la loi du 9 avril 1898 a assuré soins médicaux et autres et en a garanti le paiement en le mettant à la charge du chef d'entreprise ; que, dans l'espèce, cela est si vrai, qu'à notre barre, le patron C. a eu pour conseiller et défenseur, non un avocat conseil ordinaire, mais l'agent général-régional lui-même de la Compagnie à laquelle il est assuré, lequel agent, tout en paraissant plaider pour C., ne plaidait que *pro doma sua*, traduction libre : pour la Caisse de sa compagnie ; que si un doute pouvait exister à ce sujet, il serait complètement dissipé par les termes de la lettre de cet agent général, versée aux débats, et où il est dit : « Comme il m'est impossible de recevoir les instructions de la Cie d'assurances pour demain, ses bureaux étant fermés le dimanche, je viens solliciter de votre bienveillance le renvoi de l'affaire à huitaine, n'ayant pas qualité pour refuser ou accepter définitivement le paiement de cette note sans nouvelles instructions ».

Quant au chiffre des honoraires :

Attendu qu'il n'est pas contesté ; que d'ailleurs il est d'une extrême modération ; qu'en effet le prix des pansements (injections iodées, cautérisations etc., etc.) porté 2 francs l'un, se trouve être celui indiqué au tarif ouvrier, appliqué aux Sociétés d'assurances contre les accidents ; que le prix des deux certificats qui ont servi au litige de l'ouvrier et du chef d'entreprise devant M. le Président du Tribunal de Nantua qui a concilié les parties quant à la rente ou capital, fixés à 5 francs l'un, est encore le prix du susdit tarif ; que, par suite, il y a lieu d'admettre la note des honoraires de M. le Dr B., telle qu'il l'a présentée, soit 78 francs au total ;

Sur la demande reconventionnelle :

Attendu que, fondée uniquement sur celle principale, elle dépend du sort de celle-ci ; que cette dernière admise, celle en reconvention doit être rejetée ; que d'ailleurs, sans plus ample examen, on devine facilement dans quel but elle a été formée à savoir pour se réserver un appel dans le cas où la non-application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents admise, l'affaire fût tombée sous l'empire du droit commun ;

Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens (art. 130 code de Procédure civile.)

Pour tous ces motifs, donnons défaut contre J. F. faute par lui de comparaître en personne ou par fondé de pouvoirs, et pour le profit et au fond le condamnons avec C. A. chef d'entreprise, conjoin-

tement et solidairement, à payer au Dr P. B. la somme de 78 francs pour les causes énoncées en l'exploit, rejetons toutes conclusions, exceptions et reconventions de C. l'en déboutons ;

Les condamnons en outre conjointement et solidairement aux intérêts légaux à partir du jour de la demande et à tous les dépens liquidés à neuf francs soixante centimes, en ce non compris les frais du présent et de son ensuivi, qui demeurent aussi à leur charge ;

Commettons l'huissier B. pour signifier le présent jugement au dit J. F. défaillant ;

Ainsi jugé et prononcé publiquement les jours, mois et an que dessus.

REPORTAGE MÉDICAL

La Ligue contre le paludisme algérien. — Une « Ligue contre le paludisme en Algérie » a été fondée à Alger le 16 mai 1903. Elle a pour président d'honneur M. Laveran, et pour président effectif M. Moreau, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger ; secrétaire général, M. Soulié, professeur à l'École de médecine.

La Ligue a pour but :

1° De vulgariser, dans la colonie, les notions sur l'origine du paludisme et les moyens les plus simples, les plus pratiques et les plus sûrs de le prévenir et de le guérir, tels qu'ils découlent des découvertes les plus récentes et les mieux établies ;

2° De faciliter aux colons la mise en pratique de ces moyens, à savoir :

Protection contre la piqûre des moustiques ; destruction de leurs larves ; guérison totale des malades impaludés, de manière à assurer la disparition complète et définitive de l'hématozoaire de l'organisme des fiévreux ; usage préventif de la quinine lorsque les indications précédentes ne peuvent être suivies ; diffusion des notions primordiales de l'hygiène parmi les habitants des régions malarigènes ; application de toutes autres mesures dont l'utilité pourra être démontrée.

L'inspection médicale des écoles. — Au cours de la discussion du budget, le Dr Vaillant a demandé au ministre de l'Instruction publique que l'Etat se chargeât de l'organisation générale du service d'inspection médicale des écoles. Le ministre a répondu que, d'après la loi, cette inspection est une charge municipale et que, dès lors, l'Etat n'a pas à s'en occuper.

La répartition des honoraires aux chirurgiens d'hôpital pour soins aux accidents du travail. — La Commission des Hospices de Bordeaux et la Société médico-chirurgicale des Hôpitaux de cette ville viennent d'adopter le mode de répartition suivant :

1° Il est fait masse de tous ces honoraires ;

2° Un prélèvement de 5 % est versé à la Caisse de l'Internat pour rémunérer les internes des soins donnés d'urgence ;

3° Le reste est partagé entre les chefs de service. Nous prenons la liberté de soumettre à l'Assistance publique parisienne cette solution très simple du fameux problème de la ventilation des honoraires qu'on se plaisait à trouver si difficile.

1er *Congrès français de climatothérapie et d'hygiène urbaine.* — Ce Congrès se tiendra à Nice, du 4 au 9 avril 1904 (*vacances de Pâques*), sous la présidence du professeur Chantemesse avec les professeurs Renaut (de Lyon), Grasset (de Montpellier), Calmette (de Lille) et le Dr Balestre (de Nice), vice-présidents.

De grandes facilités de parcours, en France et à l'étranger, seront accordées aux congressistes ; ils bénéficieront dans les hôtels de Nice de prix très réduits et fixés à l'avance.

S'adresser : pour tous renseignements, à M. le Dr Hérard de Bessé, *secrétaire-général du Congrès, à Beaulieu-sur-Mer.*

Concours de l'Internat. — L'épreuve écrite du concours de l'internat a eu lieu lundi à l'Hôtel de Ville dans la salle Saint-Jean. Il y a eu 450 copies remises. Les questions sorties sont les suivantes :

ANATOMIE : Creux poplité. — PATHOLOGIE : Complications de la scarlatine.

Les questions restées dans l'urne sont :

ANATOMIE : Nerf facial jusqu'au trou stylomastoïdien ; Rapports des reins. — PATHOLOGIE : Péritonite tuberculeuse ; Embolie pulmonaire.

RÉPARTITION DES JURYS. — Les juges sont répartis de la façon suivante :

ANATOMIE : MM. Schwartz, Brocq, Toupet, Michaux, Bar. — PATHOLOGIE : MM. Delens, Souques, Florant, Souligoux, Tissier.

Les séances de lecture des copies d'anatomie auront lieu les mardis, jeudis et samedis à 5 heures, à l'hôpital Beaujon, et les mercredis et les vendredis, à 8 h. 1/2 du soir, à la Charité.

Les séances de lecture des copies de pathologie auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à 4 heures à l'hôpital Beaujon.

Journalistique. — Nous souhaitons la bienvenue à un nouveau journal, le *Conseiller du Praticien*, dont nous venons de recevoir le premier numéro, et qui a pour rédacteur en chef M. le Dr L. Mabille (de Reims) membre du *Concours médical*. Quelle que soit la façon dont il viendra compléter notre tâche, il a droit à toutes nos sympathies puisqu'il poursuit le même but que nous : être utile aux praticiens ». Nous ne serons jamais trop de gens à prêcher l'union et l'entente de tous les médecins sans exception contre les adversaires du dehors pour la défense et pour le progrès.

Le prix de l'abonnement (8 fr. par an) est plusieurs fois remboursable par les nombreuses primes offertes aux abonnés et indiquées sur la couverture du journal.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours de perfectionnement de gynécologie aura lieu du 11 janvier au 2 février 1904, dans le service de M. le prof. Pozzi, à la clinique gynécologique de la Faculté. Ce cours comportera 3 parties et aura lieu tous les jours non fériés à l'hôpital Broca.

1° Cours de pratique de gynécologie clinique (2 parties). Pour chacune des deux parties, les droits à verser seront de 50 francs. Il sera fait par MM. Dartigues et Jayle.

2° Cours de diagnostic histologique en gynécologie. Il sera fait par M. Bender ; les droits à verser sont de 15 francs.

3° Cours d'application des agents physiques à la thérapeutique gynécologique. Les droits à verser sont de 15 francs.

— Le Dr L. Rénon commencera ses conférences cliniques le vendredi 15 janvier à 9 1/2 à l'amphithéâtre de la Pitié et les continuera les vendredis suivants à la même heure. Ces conférences porteront sur les maladies du cœur et des poumons.

Mutations dans les hôpitaux. — M. Richelot passe à l'hôpital Cochin ; M. Guinard à l'hôpital Saint-Louis.

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année | N° 3 | 16 JANVIER 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La patente des médecins.

Empressons-nous de rectifier un précédent *Propos du jour*. Sur la foi de plusieurs GRANDS JOURNAUX, nous avions dit que le tour était joué, que la Chambre des députés avait suivi sa commission sans aucune protestation de nos confrères, que notre patente était portée du douzième au dixième dans les grandes villes et, partout ailleurs, du quinzième au douzième.

Mais l'*Officiel* (la loi et les prophètes) nous montre que c'était là une erreur.

Nous avons été sauvés en même temps que toutes les carrières libérales (tableau D) par un discours de M. Paul Bertrand, député de la Marne, et le projet de loi retourna au Sénat sans avoir subi l'aggravation qui nous menaçait.

Tout est bien qui finit bien.

H. J.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Situation au 31 décembre 1903.

Recettes.

Caisse au 1er janvier 1903.		5.126 32	
Cotisations encaissées en 1903		73.516 35	
Revenus du portefeuille	26.746 57		
Amortissement et remboursement des valeurs.	5.947 95		
		32.694 52	
Profits et pertes		8 00	
			111.345 19

Dépenses.

Achat de valeurs	63.774 15	
Paiement des retraites	36.675 00	
Frais généraux	4.733 85	
En caisse au 31 décembre 1903	6.162 19	
Egal		111.345 19

Bilan au 31 décembre 1903.

Caisse	6.162 19
Obligations communales 1873	7.999 80
Obligations du chemin de fer du Midi	130.080 02
Rente 3 % français amortissable	133.582 25
Obligations foncières 1883	44.165 00
Obligations communales 1886-1892	23.375 00
Obligations du chemin de fer d'Orléans	45.143 75
Obligations foncières 1879	9.408 00
Obligat. du chemin de fer de Paris-Lyon-Méditerranée (fusion ancienne)	94,822 10

Obligations ville de Paris 1896..................	18.734 27	
Obligations du chemin de fer de l'Est (nouvelles).	22.550 00	
Obligations de la Banque hypothécaire de France 1881...........	30.932 60	
Obligations de la Banque hypothécaire de France 1880..................	268.348 25	
Rente 3 % française......	136.733 65	
Total..........	970.035 48	
Capital.................		970.035 48

NOTE

Nouveaux adhérents pour 1903.

Dix-sept adhérents nouveaux se sont inscrits pendant l'exercice 1903, savoir : 13 médecins et 4 femmes de médecin.

Le montant de ces cotisations nouvelles s'élève à la somme de fr. : 7.793 00.

Achat de valeurs.

La caisse a acheté dans le courant de l'exercice 1903, les valeurs suivantes :

Une obligation de la Banque hypothécaire de France, pour remploi d'une obligation remboursée à mille francs....................	587 75
1.950 francs de rente 3 % français.	63.186 40
Total....................	63.774 15

Retraites.

La caisse a payé pour retraites la somme de fr. 36.675.

Deux de nos retraités sont décédés dans le courant de l'exercice 1903 :

Le Dr C....., inscrit pour 195 francs ; le Dr L....., pour une retraite de 2.400 francs.

L'exercice 1904 prévoit, sauf erreur, deux retraites nouvelles entières au tableau A, et deux au tableau C, soit environ un total de trois mille francs.

Le Trésorier :
Dr H. VERDALLE.

Cannes, le 1er janvier 1904.

Association Amicale.

Séance trimestrielle du Conseil d'administration du 23 décembre 1903.

La séance est ouverte à deux heures sous la présidence de M. le Dr Maurat.

Présents : MM. Lepage, délégué de l'Association générale, H. Cézilly, Gassot, Mignon et Jeanne.

Avant de soumettre au Conseil les propositions d'indemnité et d'admission, le trésorier, M. le Dr Gassot et le secrétaire général, M. le Dr Mignon, démontrent la nécessité de placer en tête du journal un avis permanent rappelant aux sociétaires qu'ils doivent adresser au secrétaire général tout ce qui est correspondance, imprimés, déclarations, certificats, demandes de renseignements, etc...., le trésorier n'ayant à s'occuper que des cotisations et des indemnités.

La rédaction du journal fera droit à cette demande et généralisera l'avis au fonctionnement de toutes les filiales.

Sont ensuite votées les *Indemnités* suivantes :

Nos			
1	22 jours à 3.33................		73 26
6	60 jours à 10 fr........ 600 »	2 mois 14 jours à 3.33. 246 60	846 60
	A reporter.......		919 86

FEUILLETON

Les œuvres de prévoyance et de solidarité médicales (1)

Sic vos non vobis... !

Messieurs,

Il y a quelque temps, mon excellent confrère parisien, le Dr Noir, a écrit, avec sa virtuosité habituelle, une étude intitulée : *Les débuts dans la vie médicale*, où il passe en revue, d'une plume humoristique et bien renseignée, les difficultés, les illusions et les déboires du débutant dans la carrière.

Cette étude m'a inspiré l'idée de raconter à mon tour (non comme antithèse, mais comme complément) la *Fin de la vie médicale*, c'est-à-dire ce qu'est trop souvent, hélas ! la fin de la carrière.

Pardonnez-moi, Messieurs et chers Confrères, de jeter sur notre réunion des pensées de tristesse. Mais outre que, par profession, vous êtes philosophes et résignés à la mélancolie des choses, vous m'excuserez en songeant que je n'ai eu d'autre but que de compléter l'œuvre de haute prévoyance et de solidarité entreprise par le Dr Noir et par tant d'autres vaillants lutteurs de la presse médicale, et, en rapprochant ainsi l'Alpha et l'Oméga de notre existence professionnelle, de développer chez tous les préoccupations d'avenir et les sentiments de confraternité.

Pour le public, le médecin est un être privilégié, un favorisé du sort, un homme devant qui s'ouvre toute grande la porte de la gloire, des honneurs et de la fortune. C'est un thème de conversation courante, dans les familles où l'on destine un fils aux carrières libérales, de citer les noms des médecins de la région qui portent sur leurs cheveux blancs une auréole de considération bien rentée. Quant à ceux d'entre nous qui sont dans l'arène, écrasés par les soucis et les fatigues d'une grosse clientèle, — *rari nantes* ! — le public aime à dénombrer leurs

(1) NOTE DE LA RÉDACTION. — A chaque Congrès régional des Médecins de la Franche-Comté et du territoire de Belfort, un tour de faveur est toujours réservé aux questions d'intérêts professionnels et de déontologie. Au dernier Congrès (18 et et 19 juillet 1903), consacré presque tout entier à la question « anti-tuberculeuse », il n'a pas été dérogé à cette règle. Nous donnons ici, *in extenso*, la très brillante communication faite à la séance du Congrès du 19 juillet par notre distingué confrère, M. le Dr Billon (de Dôle). Nous nous permettons de recommander à tous nos confrères de lire avec soin et de méditer ce travail, de forme si littéraire et si attrayante, dont les enseignements de fond méritent de porter coup, dans une région où partout en général, mais plus particulièrement dans le département du Doubs, les Œuvres de prévoyance et de solidarité médicales comptent trop peu d'adhérents.

	Report........	919 86
34	2 jours à 10 fr. offerts comme don........................	20 »
49	60 jours à 10 fr...... 600 » 2 mois 12 jours à 3.33. 239.95	839 95
54	6 jours à 10 fr.................	60 »
73	9 jours à 10 fr. (reliquat)......	90 »
80	3 mois à 3.33..................	300 »
86	9 jours à 10 fr.................	90 »
103	14 jours à 10 fr................	140 »
150	3 mois à 3.33..................	300 »
173	60 jours à 10 fr......... 600 » 2 mois 5 jours à 3.33.. 216.65	816 65
203	3 mois à 3.33..................	300 »
208	1 mois 10 jours à 3.33..........	133 30
222	27 jours à 10 fr................	270 »
238	3 mois à 3.33..................	300 »
291	1 jour à 10 fr., laissé comme don	10 »
347	1 mois 28 jours à 3 33.........	193 25
349	60 jours à 10 fr........ 600 » 13 jours à 3.33........ 43.30	643 30
362	3 mois à 3.33..................	300 »
370	2 jours à 10 fr.................	20 »
374	17 jours à 10 fr................	170 »
377	58 jours à 10 fr................	580 »
386	3 mois à 3.33..................	300 »
420	60 jours à 10 fr....... 600 » 25 jours à 3.33........ 83.25	683 25
421	60 jours à 10 fr....... 600 » 1 mois 20 jours à 3.33 166.60	766 60
429	15 jours à 10 fr................	150 »
458	3 mois à 3.33..................	300 »
463	5 jours à 10 fr.................	50 »
408	3 mois à 3.23..................	300 »
490	56 jours à 10 fr................	560 »
496	18 jours à 10 fr................	180 »
	A reporter......	9786 16

	Report.......	9786 16
501	3 mois à 3.33..................	300 »
510	6 jours à 10 fr.................	60 «
535	26 jours à 10 fr................	260 »
545	38 jours à 10 fr................	380 »
546	1 mois à 3.33..................	100 »
558	5 jours à 10 fr.................	50 »
574	3 mois à 3.33..................	300 »
615	7 jours à 10 fr.................	70 »
652	60 jours à 10 fr. ..... 600 » 3 jours à 3.33........ 10 »	610 »
680	15 jours à 10 fr................	150 »
703	60 jours à 10 fr....... 600 « 3 jours à 3.33........ 10 »	610 »
721	7 jours à 10 fr.................	70 »
725	10 jours à 10 fr................	100 »
768	1 mois 6 jours à 3 33 (reliquat).	119 85
808	28 jours à 10 fr................	280 »
810	48 jours à 10 fr................	480 »
853	15 jours à 10 fr................	150 »
883	8 jours à 10 fr.................	80 »
944	18 jours à 10 fr................	180 »
960	5 jours à 10 fr.................	50 »
980	18 jours à 10 fr................	180 »
	Total...........	14366 01

Admissions nouvelles.

Combinaison A. — MM. Bigaignon (Paris), Davet (St-Ambroise, Gard), Coste (La Bridoire, Savoie), Guihal (Melun. S.-et-M.), Roguet (Angers), Fourrier (Paris), Maillefert (Chalindrey, Hte-Marne), Bard (La Motte, Isère), Channac (Aubenas), Ardèche). Dupuy (Genillé, Indre-et-Loire), Mme Broïdo (Marseille).

Combinaison 1/2 A. — M. Goubert (Orange, Vaucluse).

Combinaison B. — MM. Dorizon (Oucques, L.-

fabuleux honoraires quotidiens et à supputer leurs revenus futurs.

Vous, Messieurs et chers Confrères, qui avez dévidé un plus ou moins long écheveau de ce fil soi-disant doré, vous savez ce qu'en vaut l'aune.

Combien parmi nous, entrés jeunes dans la carrière, conscients de leur redoutable mission, mais pleins d'une juvénile ardeur et de courageux entrain, ont vu peu à peu se faner leurs rêves et se flétrir leurs illusions au vent desséchant de la réalité ! Après avoir trop souvent englouti leur patrimoine dans les études longues et coûteuses, obérés, dès le début, de lourdes charges pour affronter la clientèle et offrir à ses exigences des apparences de luxe ou tout au moins un certain décorum, — bientôt ils se sont vus aux prises avec les plus âpres et les plus mesquines exigences de la vie quotidienne, ne trouvant quelque douceur de vivre et la force de lutter que dans les satisfactions bien platoniques du devoir accompli.

Combien de disparus, dont les noms sont encore familiers à nos oreilles, tombés prématurément en route, aux confins de la terre promise ! Pour la seule année écoulée, nos trois Associations Comtoises ont ajouté à leurs tableaux nécrologiques une longue liste de jeunes confrères fauchés en pleine activité. Messieurs, vous n'attendez pas de moi des noms : ils sont sur vos lèvres. Et pour les familles de quelques-uns, le chagrin de leur mort s'est aggravé d'inextricables embarras financiers.

Oui, il faut bien le dire : la réalité est loin de la fiction chère à l'imagination du profane. — La fin de la carrière médicale ?... trop souvent des ruines..., cachées sous des fleurs funéraires. Le lendemain, les fleurs sont fanées, mais les ruines demeurent.

Ah ! pour toi surtout, pauvre médecin de campagne, quelle amère tristesse cache la pompe de tes obsèques ! Toute ta vie, tu t'es dévoué à une tâche ingrate et souvent rebutante ; tu as sacrifié ton bien-être, tes affections, tes joies de famille. ta vie enfin, à l'accomplissement de ta mission de guérir et de soulager ; — et brutalement, tu es saisi et emporté à ton tour par cette Mort que tu écartais des autres. Tu étais aimé, c'est vrai, vénéré pour tout le bien que tu avais répandu dans la région. Aussi on va te le prouver à tes funérailles, et ce jour de ton enterrement va être pour toi un jour de triomphe. Une foule nombreuse accourra autour de ton cercueil, fleuri par des mains reconnaissantes. Des délégations de Sociétés mutuelles, de Caisses ouvrières, de Fédérations dont tu as été toute ta vie le protecteur ou le médecin bénévole, viendront, derrière leurs bannières endeuillées de crêpe, témoigner par des couronnes aux inscriptions louangeuses leur gratitude évidemment sincère, mais hélas ! un peu tardive et platonique. Il se peut même que la Fanfare municipale vienne en ton honneur écorcher du Chopin derrière ton cercueil porté par les pompiers dont tu fus pendant vingt ans le médecin empressé et gratuit. Au bord de ta tombe, des confrères, des amis, diront, avec plus d'émotion au fond du cœur qu'ils n'en voudront laisser paraître, l'excellent homme que tu fus toute ta vie, le praticien modeste et dévoué, le confrère affable et bienveillant que l'on citera longtemps en exemple.

et-Ch.) ; Boudou (Moutech. T. et Gar.) ; Vimont (Paris), Dejean (Decize, Nièvre) ; Tsamboulas (Naus, Var) ; Martel (St-Etienne, Loire), Millet Jujurieux, Ain) ; Allard (Marck, P.-de-C.), Le Gad (Le Havre) ; Achard (Aïn Témouchent, Oran) ; Grange (Lyon) ; Courtade, (Cazère, Hte-Garonne) ; Sexe (Besançon, Doubs) ; Chailloux (Champigné, M.-et-L.) ; Motel (Vannes, Morbihan) ; Coullomme (Sault-de-Navailles. Basses-Pyrénées) ; Meunier (Calais) ; Lucy (Montluçon) ; Cherechewski (St-Germain, S.-et-O.) ; Hally (Champeroux, M.-et M.) ; De Brye (La Ricamarie, Loire) ; Guny (Lassigny, Oise) ; Etienne (Toulouse) ; Boucher (Quintin, C.-du-N.) ; Faure (St-Etienne, Loire) ; Ramond (Ponthiérry, S.-et-M.)

M. le Président fait remarquer que, si le chiffre des indemnités votées est le plus élevé de ceux enregistrés jusqu'ici, le nombre des admissions est aussi le plus considérable : double preuve de la vitalité de l'Association Amicale, qui en dit plus que tous les discours.

La séance est levée à 4 heures.

Le Secrétaire des séances.
Dr Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Dilatation électrolytique de l'urèthre.

M. le Dr Desnos a communiqué à l'Association française d'Urologie un nouveau procédé d'application de l'électrolyse aux rétrécissements de l'urètre. « Ayant abandonné l'électrolyse linéaire dont les résultats éloignés me paraissaient de plus en plus mauvais, dit M. Desnos, j'avais continué à appliquer la méthode de Newmann, ou électrolyse lente, depuis plus de dix ans ; mais j'avais remarqué que, dans certains cas, les résultats étaient meilleurs et plus durables quand je joignais à l'action de l'électrolyse une action dilatatrice, soit simultanée, soit consécutive.

« Cette constatation m'a amené à imaginer une méthode dans laquelle ces deux actions se combinent.

« J'ai fait construire, dans ce but, des cathéters spéciaux qui ont la forme générale d'une bougie de Béniqué, dont la plus grande partie est recouverte d'un vernis isolant qui ne laisse à découvert que les deux extrémités. L'extrémité urétrale, à laquelle on peut visser une bougie conductrice et qui est destinée à conduire le courant sur la partie malade, est légèrement conique pour s'engager dans le rétrécissement. L'autre extrémité, ou manche, est percée d'un orifice dans lequel peut s'engager la fiche d'un conducteur, lequel est relié avec le pôle négatif d'une pile à courants continus. Le pole positif est placé sur la cuisse au moyen d'une électrode large, garnie de peau de chamois.

« On fait alors passer un courant très faible de 5 à 6 milliampères pendant 10 minutes environ, en appuyant légèrement le cathéter contre le rétrécissement.

« L'action dilatatrice se manifeste quelquefois pendant la séance, mais le plus souvent c'est entre les séances que l'effet se produit ; aussi faut-il laisser un intervalle assez long, d'une semaine au moins, entre deux séances consécutives ; on peut alors gagner souvent de 4 à 5 numéros.

Jusqu'à présent, j'ai surtout réservé ce procédé aux cas les plus rebelles, aux urètres très anciennement indurés, à ceux qui avaient déjà subi sans succès, ou tout au moins avec un succès

---

Et puis, avec les pelletées de terre l'oubli et l'indifférence tomberont lourdement sur toi. Après les suprêmes effusions et les dernières condoléances, ta veuve et tes orphelins rentreront dans la maison silencieuse, et bientôt, dans le cabinet désert, ils pourront méditer amèrement la parole du poète :

Donec eris felix, multos numerabis amicos ;
Tempora si fuerint nubila, solus eris.

Au lieu de l'*aurea mediocritas* qu'entretenaient au foyer l'activité et le dévouement du chef de famille, la veuve trouvera la gêne et l'incertitude des lendemains, et, pour ses enfants, l'effondrement des projets d'avenir.

Messieurs, ne m'objectez pas que j'exagère, que je noircis le tableau. Tous ceux qui de près ou de loin participent aux travaux de nos Sociétés de prévoyance médicale, savent que les misères de la profession sont de plus en plus nombreuses, d'autant plus lamentables qu'elles sont plus cachées. Notre vénéré Président général, l'apôtre moderne de la philanthropie, qui a bien voulu faire entendre dans notre Franche-Comté sa voix éloquente en faveur de l'œuvre nouvelle (1), notre Maître, le professeur Brouardel, pourrait vous dire combien il en a reçu de ces lettres poignantes, tristes aveux de détresse, appels presque honteux à la charité de notre grande Association, dont il est le chef.

(1) La *Ligue antituberculeuse de Franche-Comté*, patronnée par le Congrès médical de la province.

Tous ces désastres sont le fait du manque de prévoyance du médecin à l'égard de ses propres intérêts. Et pourtant il n'en manque pas, de prévoyance, quand il s'agit des autres ! il la dépense, il la prodigue avec un bel élan : notre réunion actuelle en est la preuve. Que faisons-nous ici aujourd'hui, sinon chercher à sauver les autres en compromettant sûrement notre avenir ? A Dieu ne plaise que je vous blâme de ce superbe altruisme ! Je tiens seulement à constater en passant que le sentiment de prévoyance, — de prévoyance pour le prochain, existe chez le médecin. Regardez autour de vous ; à l'origine et à la tête des œuvres d'assistance et de philanthropie, toujours et partout le médecin. Il en est l'initiateur, il en reste la cheville ouvrière.

Comme le dit M. le professeur Brouardel dans son dernier ouvrage si documenté et si intéressant, la *Profession médicale au commencement du XXe siècle* : « le rôle du médecin dans la société n'est plus seulement curatif, il est surtout prophylactique. »

En effet, le praticien tel que nous le comprenons aujourd'hui tend à substituer à la médication proprement dite les mesures hygiéniques et prophylactiques, sacrifiant ainsi son intérêt personnel au salut et au bien-être de la collectivité.

Trouvez-moi une corporation où l'on pratique la charité humaine avec une telle abnégation ! Le médecin, dédaigneux des contingences personnelles, marche droit au progrès : grâce surtout à lui, l'horizon de la science s'élargit et s'éclaire, et la limite des « *terres inconnues* » entrevues par Berthelot recule de jour en jour.

De même que ces merveilleuses cathédrales du

éphémère, d'autres traitements. Les résultats obtenus ont été des meilleurs et très peu de rétrécissements ont résisté à un traitement suffisamment prolongé. Ce qui paraît surtout remarquable, c'est la persistance et le maintien des calibres reconquis, et j'ai suivi des malades auxquels j'ai appliqué la dilatation électrolytique il y a plus de 12 ans et qui ont conservé un canal large et égal; alors que les traitements antérieurs ne leur avaient donné que l'illusion de la guérison.

« L'action de la méthode contre les urétrites et les périurétrites concomitantes des rétrécissements n'est pas moins remarquable ; l'amélioration de ces dernières lésions marche parallèlement à celle des rétrécissements ; les sécrétions intra-urétrales disparaissent, à mesure que le canal se dilate et que ses parois s'assouplissent. »

La stérilisation de l'eau potable par l'ozone.

Il n'est question actuellement dans les milieux municipaux et communaux que de l'adjudication éventuelle de la fourniture de l'eau potable à une compagnie de stérilisation par l'ozone. Que valent en réalité cette désinfection et cette stérilisation par l'ozone ? L'ozone est relativement peu miscible à l'eau et surtout peu soluble ; le contact de ces deux corps peut-il suffire pour anéantir les germes ou les toxines nocifs contenus dans l'eau destinée à l'alimentation? Les expériences scientifiques n'ont guère pu être faites que sur de petits volumes d'eau et d'ozone Les personnes les plus compétentes en la matière reconnaissent l'impossibilité de se prononcer sur l'efficacité de cette méthode. Jusqu'à plus ample expérimentation, il vaut donc mieux s'abstenir de recourir à ce moyen de stérilisation de l'eau potable ; le mieux est de décolorer et de désodoriser les eaux peu salubres destinées à la boisson, puis de les stériliser par addition de quelques gouttes de teinture d'iode, par l'iode à l'état naissant, ou par le permanganate de chaux.

La dilatation élastique intermittente et le massage interne.

Dans les *Archives de médecine* du 22 décembre 1903, M. L. Maurat présente, sous ce titre, une méthode nouvelle, applicable, dit-il, au traitement des affections de la plupart des conduits et cavités organiques accessibles :

Rétrécissements de l'œsophage, du rectum, de l'urèthre, etc., et en général, traitement des accidents spasmodiques sphinctériens.

La dilatation élastique intermittente se fait à l'aide d'une sonde à un seul orifice qui est l'embouchure du pavillon, et terminée à l'autre extrémité en doigt de gant. Cette sonde, calibrée très également et affectant une forme cylindroïde plus régulière que la sonde de Nélaton, est en caoutchouc rouge, et sa dilatation se fait symétriquement, ce qui est assez délicat à obtenir dans la construction. — L'écartement des parois permet de gagner, chaque fois, 2 à 3 n^os^ de filière.

Le gonflement se fait simplement à l'aide d'eau stérilisée (bouillie) contenue dans une seringue à sérum ou à injections sous-cutanées, de 5 à 10 cent. cubes. Tout praticien a donc sur lui de quoi improviser une séance de dilatation ; il lui suffit d'emporter dans sa trousse de poche quelques dilatateurs de caoutchouc, variant du n° 10 ou 12 au n° 22 de la filière.

L'appareil, qui a été réalisé par M. L. Maurat, a reçu sa forme actuelle depuis deux années déjà. Son auteur aurait préféré en retarder quelque

---

Moyen Age, dont les auteurs anonymes et multiples resteront à jamais inconnus, la science biologique actuelle s'est faite par une lente accumulation de faits et d'observations où chaque médecin, du plus humble au plus illustre, a apporté sa part. Et grâce à ces concours d'efforts, si les espérances nouvelles de la médecine se réalisent, le jour n'est pas éloigné où l'hygiène, la prophylaxie et la sérothérapie auront rayé du bilan de l'Humanité la plupart des fléaux corporels qui l'affligent. Si ce rêve paraît un peu prématuré, qu'on permette du moins à un médecin de la ville natale de Pasteur d'en conserver l'illusion !

A chacun de ses actes, le médecin fait du socialisme comme M. Jourdain faisait de la prose : sans le savoir ; et ce faisant, il nuit à ses propres intérêts. Quelle que soit l'œuvre humanitaire à entreprendre, d'assistance ou de salubrité, on fait appel au médecin ; et le médecin, insouciant de son avenir et dans un élan instinctif de désintéressement, apporte sur l'autel de l'Humanité l'offrande de ses peines, de ses travaux et parfois de sa vie.

Calculez ce que donne à ses semblables de son temps, de ses fatigues, de sa santé, en un mot de lambeaux de sa vie, chaque membre du corps médical, surtout parmi les plus modestes ; additionnez le total des heures consacrées aux pauvres, aux œuvres de philanthropie et de charité, — et vous verrez que le plus humble praticien de campagne, qui vit au jour le jour sur un maigre budget, a plus donné au bout de l'année que la plupart des millionnaires.

En s'élevant de l'individu à la collectivité, on constate que l'hygiéniste devient de plus en plus le collaborateur indispensable du Gouvernement. Le médecin, devenu sociologue par la force du progrès, est un des rouages importants du char de l'État, si l'on envisage les exigences scientifiques de la génération actuelle et son orientation vers les grandes idées d'assistance mutuelle et d'hygiène publique et privée.

Bref, de toutes parts, du haut en bas de l'organisation sociale, le médecin prodigue à pleines mains son temps, ses peines, son avenir et celui des siens à l'avenir des collectivités, au sauvetage des êtres et au perfectionnement général. Aussi, quand je me retourne, quand je vois la carrière parcourue, l'effort énorme déployé par le médecin, son abnégation en faveur des œuvres de prévoyance, quand je dénombre les sacrifices qu'il a faits à l'État et aux corporations, sans profit pour lui, et même à son détriment, je m'attriste, et comme le chemineau de Richepin,

> Je songe aux blés coupés qui ne sont pas les nôtres,
> Et dont les épis mûrs font du pain pour les autres.

Pourquoi ne reportons-nous pas sur nous-mêmes un peu de cet esprit de prévoyance et de ces aptitudes d'organisation que nous consacrons à autrui ? Vous le savez par une longue et triste expérience ; isolés dans la Société, nous ne pouvons compter que sur nous-mêmes pour assurer notre avenir et celui de nos femmes et de nos enfants. Contrairement à la plupart des corps constitués, à qui l'État assure une retraite moyennant des versements mo-

temps encore la divulgation, dans le but de lui assurer d'abord une consécration clinique à l'aide d'expériences multipliées ; mais un article paru le 14 novembre dernier dans la *Presse Médicale* l'a engagé à rompre le silence.

La question, en effet, paraît mûre, et M. L. Maurat a tenu à établir la priorité de ses résultats.

Les qualités propres à cette méthode sont :

1° Stérilisation identique à celle ; des sondes en caoutchouc ; 2° introduction de l'instrument (par l'extrémité close), sous son volume minimum, ce que le patient apprécie forte ; gonflement *in situ* au degré exact qui convient, et qui peut être modifié sans qu'il soit besoin de plus *d'un seul* cathétérisme par séance ; 3° maintien à demeure facultatif, sans danger, et avec un calibre inférieur si l'on veut au maximum obtenu.

4° Suppression — non des explorateurs, bien entendu, mais des bougies en gomme ou en baleine, et même des Béniqué, — surtout en gynécologie, des tiges de laminaire à dilatation aveugle, non réglable.

5° Enfin, et c'est là que se montre la principale originalité du procédé de M. L. Maurat, son dilatateur est construit en vue de se prêter au *massage interne* de conduits organiques par pression et décompression alternatives faisant varier le volume de l'instrument.

Les bruits du cœur à timbre musical

Le Dr Joseph Hahn a étudié, dans sa thèse, les bruits à timbre musical du cœur. Ces bruits, dit-il, constituent un signe clinique qui, pour être rarement observé, n'en est pas moins très intéressant.

Leur intensité est variable. Ils peuvent être parfois assez vibrants pour être perçus par l'oreille placée à une distance plus ou moins grande du thorax. Souvent même ils sont entendus par les malades qui en sont porteurs. On les a comparés aux sons produits par une corde que l'on fait vibrer en la frottant transversalement, à ceux que donnent les instruments à vent, à embouchure ou à anche, ou encore, à ceux que fournissent des lames solides vibrant de façons diverses.

La pathogénie de ces bruits n'est pas encore complètement élucidée ; cependant on connaît diverses conditions anatomo-pathologiques (tendons aberrants, perforations valvulaires, ruptures valvulaires, plaques athéromateuses ou calcaires, végétations endocardiques), qui président à leur production.

Leur maximum de fréquence siège dans le cœur gauche.

Leur valeur séméiologique, quoique très intéressante, n'est pas très grande, en raison de la difficulté du diagnostic exact de leur pathogénie.

Dans certains cas on sera amené à les distinguer des bruits musicaux anorganiques ou cardio-pulmonaires extra-cardiaques, et à reconnaître que les mouvements respiratoires (inspiration et expiration) n'ont aucune action sur eux.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le professeur Hayem.

La périgastrite douloureuse.

Je désire appeler aujourd'hui votre attention sur un malade reçu dans notre service, salle

---

diques, pour nous le proverbe est d'une amère ironie : Aide-toi, le Ciel t'aidera. Le Ciel, c'est-à-dire l'Etat, nous abandonne à notre destinée.

Si nous n'y pourvoyons dès à présent, notre vieillesse ne connaîtra pas l'*otium cum dignitate* chère à Cicéron. Non, ni le repos, ni les honneurs, car le vieux monde a brisé ses idoles, et le culte du médecin a sombré dans les ruines accumulées.

Il faut donc que nous assurions notre avenir, si nous ne voulons préparer pour nous-mêmes en cas d'infirmité précoce pour les nôtres, en cas de mort prématurée, des détresses irrémédiables.

Or, ce qu'isolément nous serions incapables d'obtenir, la solidarité professionnelle saura nous le procurer. L'union fait la force. Comme les feuillets épars d'un livre que le vent emporte, que la moindre flamme réduit en cendres, nous ne pouvons, individuellement, parer aux assauts du dehors ni aux désastres de la maladie. Mais de même que le vent ni le feu n'ont de prise sur un livre solidement relié, de même les médecins, unis par les liens de la solidarité, constitueront un tout homogène et résistant, sans que chaque unité abdique la moindre parcelle de son indépendance ou de sa personnalité.

Les œuvres de prévoyance et de solidarité médicales ne sont plus à créer : elles existent et elles prospèrent. Pourquoi faut-il que tant de médecins, notamment dans notre région, et parmi les jeunes, se désintéressent de ces œuvres professionnelles et s'en tiennent à l'écart ?

Dans ces dernières années, principalement depuis deux ans, l'Association générale des médecins de France s'est engagée résolument dans la voie des idées pratiques. L'an dernier, elle a appelé à sa tête le maître le plus écouté et le plus érudit de notre époque en matière de mutualité et de déontologie, le conseiller le plus avisé et le plus judicieux en jurisprudence médicale, le sociologue éminent dont la parole nous a charmés hier soir (1) notre Président général, M. Brouardel. Après l'avoir souvent applaudi à Paris, je suis heureux de le saluer aujourd'hui, dans ma province natale, de ma respectueuse admiration.

Avec un tel pilote, la nef de notre grande Association peut affronter sans crainte les orages et les écueils de l'avenir. Soyez assurés, Messieurs, que sous sa main souple et vigoureuse elle ne sombrera pas.

L'Association générale est l'*alma parens* des médecins appartenant aux quatre-vingt-douze sociétés départementales qui lui sont affiliées. Indépendamment de son action moralisatrice et de son intervention efficace auprès des pouvoirs publics, pour lesquelles elle avait été primitivement créée, elle répand sur les sociétés filiales des bienfaits plus tangibles. Elle est l'organe central qui reçoit les versements annuels des sociétés régionales, les grossit des dons et legs que lui vaut sa renommée d'œuvre bienfaisante, et répand ces revenus considérables, par une sorte de *vis a tergo*, sous forme de pensions et

(1) Dans une conférence publique au grand théâtre de Besançon, M. le Professeur Brouardel avait traité de la lutte contre la tuberculose.

Béhier, le 5 octobre dernier. Avant de le présenter, toutefois, je vais vous donner quelques renseignements sur sa situation morbide antérieure. Ses antécédents héréditaires sont nuls et ses antécédents personnels d'une grande banalité. Vers l'âge de 2 ans, il aurait eu une affection indéterminée à la suite de laquelle son organisme serait resté délicat. A 16 ans, il commença à travailler comme aide-cuisinier, profession qu'à cette époque déjà il supportait mal. Il prétend n'avoir pas fait d'excès alcooliques mais je n'ai qu'une demi-confiance dans son témoignage car, vous le savez, tous les cuisiniers sont presque fatalement des buveurs.

Sa maladie actuelle débuta à 23 ans, alors qu'il était au régiment. Il se plaignit d'une sensation de pesanteur et de brûlure stomacales. Il n'avait pas de vomissements alimentaires, pas d'hématémèses, ni de mélœna. Il éprouvait quelquefois, le matin, des pituites, des éructations et, d'autre part, dans la journée, il lui arrivait fréquemment de chercher à se faire vomir pour soulager ses douleurs épigastriques. Il employait également contre celles-ci un autre moyen qui lui réussissait un peu : la compression de la région stomacale. Ceci démontre. tout au moins, que l'estomac n'était pas sensible au contact.

Placé dans les bureaux et dispensé des exercices, notre patient se soigne, à ce moment, avec du bicarbonate de soude, des eaux purgatives, un régime lacté mixte, puis, un mois avant sa libération, il entre à l'hôpital militaire de Lyon : on diagnostique un ulcus simplex et un traitement approprié, lait, lavements alimentaires, etc., est institué. Une amélioration, passagère il est vrai, se produit : les douleurs reviennent dès que l'alimentation est reprise et le sujet arrive, avec ces alternatives, au terme de ses 3 années de service sous les drapeaux.

Libéré, il va se soigner dans sa famille, à la campagne. Il boit du lait, se remet à manger, et une nouvelle amélioration s'ensuit, sans guérison complète, toutefois. Il continue encore, irrégulièrement, les soins médicaux. Il se sent assez bien et alors, deux à trois ans plus tard, il reprend ses occupations de cuisinier ; ses douleurs cessent complètement pendant une année entière et il se considère, à tort, comme guéri définitivement.

Vers le milieu de novembre 1902, il a une rechute : des symptômes semblables, constipation, douleurs, troubles digestifs réapparaissent, et il se voit contraint d'abandonner à nouveau son métier. Ainsi que la plupart des vieux dyspeptiques, ses idées en matière de thérapeutique sont arrêtées. Il se traite à sa façon, s'administre du bicarbonate de soude, de la magnésie, des eaux minérales purgatives. Le résultat presque nul de ces tentatives le décide à retourner à Lyon où il consulte un médecin des hôpitaux. Le confrère qui le voit, imbu comme le sont beaucoup de nos collègues des théories étrangères, des idées allemandes particulièrement, le soumet à la suralimentation. Elle ne lui réussit pas. Il recommence, pour la troisième fois, une cure alcaline et, n'obtenant aucun mieux, il vient finalement demander son admission dans notre service, à l'hôpital Saint-Antoine. Je vais vous le présenter : nous nous rendrons compte de son état actuel et nous discuterons le diagnostic de son cas qui offre de réelles difficultés. A cette occasion, nous passerons en revue certains côtés de la pathologie stomacale importants à connaître.

Cet homme est aujourd'hui âgé de 30 ans. Il est malade depuis 7 années et, malgré cela, re-

---

de secours, vers les éléments appauvris de la périphérie.

Chaque année, en effet, à l'assemblée générale de Paris, à laquelle j'assiste comme délégué du Jura, on vote des pensions viagères de 800 à 1,000 fr. aux sociétaires frappés par l'adversité. D'ici peu la Caisse des Veuves et orphelins, de fondation récente, sera assez riche pour distribuer des pensions analogues aux veuves et aux pupilles du corps médical.

Il y a deux ans, un grand pas a été fait : le rattachement à l'Association générale de la *Caisse des Retraites du corps médical français* présidée par le Dr Lande et de l'*Association Amicale* présidée par le Dr Maurat. Vous connaissez ces œuvres : qu'il me suffise en deux mots de vous rappeler leur but.

La Caisse des Retraites assure à tout sociétaire âgé de 60 ans valide ou non, riche ou pauvre, une pension de droit de 1.200 francs ou plus, moyennant une prime annuelle beaucoup moins onéreuse que dans aucune compagnie financière d'assurance-vie.

L'Association Amicale est une caisse d'indemnité-maladie. En échange d'une cotisation modique, proportionnée à l'âge, chacun de ses membres touche une indemnité de 10 francs par jour de maladie pendant 60 jours ; et au delà du 60e jour de 100 francs par mois tant que dure la maladie ou l'infirmité, fût-ce toute la vie.

Bien entendu, un médecin affilié aux deux œuvres peut cumuler les deux revenus, soit 2,400 francs par an. Il lui suffit d'une part, d'avoir 60 ans au moins et, d'autre part, d'être malade ou impotent. Tout en vous souhaitant, Messieurs et chers confrères, d'arriver à la première de ces conditions et bien au-delà, je prie les dieux de vous préserver de la seconde !

L'Association générale, en rattachant ces deux œuvres à son organisme, n'a rien changé à leur constitution, ni apporté aucune entrave à leur autonomie. Elle leur a seulement donné l'énorme appui de son influence morale et matérielle, et les a garanties de toute sa puissance pécuniaire comme l'Etat garantit les finances des villes et de certaines sociétés de crédit. Elle tend à développer leur champ d'action en les faisant connaître et en les patronnant auprès de ses 9,000 sociétaires. Enfin, le cas échéant, elle est prête à venir en aide aux membres de la Caisse des retraites et de l'Amicale que des malheurs immérités auraient mis dans l'impossibilité de continuer leurs versements.

Ainsi armée, elle vogue allègrement, la nef de l'Association générale, sur les flots houleux de la vie médicale, escortée des deux croiseurs l'Amicale et la Caisse des retraites, et suivie par la flotille des quatre-vingt-douze sociétés locales. Malgré les écueils et la tourmente, ou plutôt à cause de cela, embarquez-vous sans crainte, Messieurs. A bord du vaisseau amiral, veille l'habile nautonier Brouardel, assisté de ses lieutenants Lande et Maurat. Vous pourrez, à leur bord, affronter en toute quiétude le Cap des Tempêtes et narguer le géant Adamastor.

Mais vous surtout, mes chers jeunes confrères, serrez les rangs et venez à nous. Sans rien abdiquer de votre dévouement aux misères dont vous avez la charge, songez à vous-mêmes, songez à l'avenir, aux périls qui vous guettent à chaque pas dans

★

marquez-le, son état général demeure assez satisfaisant. Il n'a pas mauvaise mine, son teint est frais, coloré. Il se nourrit suffisamment pour vivre mais insuffisamment pour pouvoir travailler. Ses masses musculaires sont molles, ses chairs flasques, sa conjonctive oculaire pâle : il est incapable de supporter la fatigue.

Il souffre continuellement et il éprouve constamment, dans la journée, une sensation de pesanteur intense sous les fausses côtes gauches. La nuit, son sommeil est conservé, mais il se plaint le matin, au lever, d'un sentiment de courbature, sans maux de tête. Il est nerveux et irritable comme la majorité des dyspeptiques.

La douleur dont il se plaint est sourde : c'est un poids, une vague pesanteur avec, de temps en temps, des exacerbations comparables à des brûlures. Ces souffrances, bien qu'obligeant parfois le patient à se coucher, ne sont cependant jamais extrêmement violentes. Elles sont calmées par le décubitus dorsal et la pression, par l'immobilisation plutôt.

Quels rapports affectent-elles avec l'alimentation ? La prise d'aliments, loin de les aggraver, les diminue durant quelques instants. Elles reviennent presque immédiatement et s'accroissent d'une manière progressive une fois le repas terminé.

Il s'agit donc, en résumé, d'une affection dont le principal élément est la douleur. Celle-ci comprend deux variétés ; une pesanteur continue siégeant au creux épigastrique, plus particulièrement à gauche, au-dessous des fausses côtes ; en second lieu, une sensation de brûlure gastrique, revenant par accès. Cette douleur n'irradie pas, la pression la diminue et le décubitus la modifie légèrement. Elle est sans rapport bien net avec l'alimentation ; soulagée au début du repas, elle est augmentée après.

L'examen chimique du liquide extrait de l'estomac dénote une hyperpepsie modérément accentuée avec hyperchlorhydrie. Il n'y a pas de liquide à jeun.

Quelles déductions allons-nous tirer maintenant de cet ensemble de signes : à quelle lésion avons-nous affaire ? La symptomatologie n'étant pas classique, il est difficile de le dire d'emblée et nous devons nous livrer à une sorte de discussion des éléments morbides observés.

La douleur stomacale, nous le savons, reconnaît pour cause des états cliniques extrêmement variés. Le mieux connu est la gastralgie : certainement, pour nombre de médecins, les souffrances du genre de celles dont se plaint notre malade rentreraient dans le cadre des troubles purement nerveux. Eh bien, ce serait une mauvaise interprétation. On ne retrouve pas ici, en effet, le caractère véritablement distinctif de la gastralgie, l'intermittence. La gastralgie est essentiellement paroxystique, elle présente des crises plus ou moins violentes, plus ou moins espacées, mais dans leur intervalle le calme reste complet.

Sommes-nous en présence d'une hyperesthésie gastrique ? Les auteurs entendent sous cette qualification tout estomac se faisant sentir douloureusement à l'occasion d'un contact avec un aliment, un corps étranger (hyperesthésie mécanique), ou avec une substance chimique quelconque (hyperesthésie chimique). Telle, par exemple, l'hyperesthésie pour les acides. Je ne crois pas qu'il s'agisse d'un cas de cette nature. Ici, les sensations douloureuses sont nettement réveillées par l'ingestion de produits alimentaires liquides ou solides.

Un individu atteint d'hyperesthésie ne dirait

---

l'exercice de votre profession. N'oubliez pas que de toutes les carrières libérales, la nôtre est celle où l'on meurt le plus jeune.

C'est surtout de nos jours que l'on peut dire : *Væ soli* ! Le temps de l'individualisme est passé; le preux chevalier de jadis, guerroyant isolément, sans peur et sans reproche, serait vite broyé par les puissantes cohortes modernes, innombrables et disciplinées.

Tout en restant vous-mêmes, cliniciens personnels et médecins dévoués, pratiquez le collectivisme en vue de l'avenir, et unissez-vous étroitement dans les liens de la confraternité. Dites-vous bien qu'en ce XX[e] siècle, où tout progrès est acquis par groupement des forces, le labeur du médecin risque d'être annihilé dans la lutte pour la vie, s'il reste isolé au milieu de ces collectivités nombreuses avec lesquelles il est en relations journalières, et notamment avec la plus puissante de toutes, l'Etat.

A notre époque d'arrivisme, avec les besoins grandissants qui proviennent du milieu où nous vivons, et par suite de la diminution croissante de nos ressources (diminution dont nous sommes, par notre altruisme professionnel, les principaux artisans), le *medicus sacerdos*, tel que le rêvait Trousseau, doit se doubler d'un homme moderne. Vous n'avez plus le droit d'ambitionner pour vous la chevaleresque apostrophe de Virgile :

Sic vos non vobis mellificatis apes.....

D'ailleurs, vous pouvez vous engager dans la voie que je vous montre sans renoncer à ces qualités d'abnégation qui sont votre raison d'être et qui ont fait la grandeur de votre profession. Loin de moi la pensée de vous inviter à parjurer le beau serment d'Hipppocrate, que nombre d'entre vous ont peut-être encore prêté. Mais, au lieu d'être incompatibles, les idées de prévoyance et les sentiments d'abnégation sont parfaitement conciliables ; quand on a mis en pratique les premières, on a l'esprit beaucoup plus libre pour s'abandonner aux secondes.

Si vous avez assuré votre avenir et celui des êtres qui vous sont chers contre les multiples catastrophes de votre profession, vous affronterez sans arrière-pensée, avec la philosophie souriante et le mépris du danger qui sont de tradition parmi vous, les déboires et les périls dont la carrière est semée.

Il y a au musée du Luxembourg une toile célèbre que j'admire entre toutes : le *Rêve*, de Detaille. Vous connaissez cette magnifique allégorie du grand artiste. Dans le camp endormi, le soldat accablé par la lutte du jour, et peut-être attristé par la mélancolie de la défaite, voit passer dans un songe, en une chevauchée glorieuse, les brillants faits d'armes qui l'ont enorgueilli jadis, les actes d'héroïsme, les conquêtes, toute la fantasmagorie de l'épopée.

De même, au soir de cette bataille qu'est la vie médicale, le médecin qui aura mis en pratique les idées de prévoyance et de solidarité pourra s'endormir sans amertume en évoquant, avec une douceur consolante et un légitime orgueil, sa vie de charité et de dévouement, les larmes essuyées, les existences arrachées à la mort, les efforts tentés vers le progrès et pour le sauvetage de l'Humanité, et enfin l'exemple donné en faveur de la nouvelle maxime : OPTIMA MEDICORUM CONCORDIA.

D[r] BILLON, *Chirurgien de l'Hôpital de Dôle.*

pas. comme notre malade, qu'il souffre continuellement, à jeun aussi bien qu'au moment des repas.

Voilà déjà le sujet éclairci par ces diverses éliminations. Dans quel cadre pathologique peut donc rentrer une douleur stomacale qui n'est ni gastralgique, ni hyperesthésique? On peut rencontrer un tel symptôme dans l'ulcère, dans le cancer et dans une affection à laquelle on ne songe pas suffisamment, la hernie de la ligne blanche. Nous avons à nous demander également si la douleur en question n'est pas péristomacale, ne relève pas d'une péri-gastrite. Examinons successivement ces différentes hypothèses.

De toutes les maladies douloureuses de l'estomac, l'ulcère vient en tête. Essentiellement protéiforme il engendre des douleurs à caractères variables. Chez notre patient, évidemment, il ne saurait s'agir que d'un ulcère chronique cicatrisé ou non, avec irritation persistante de la plaie gastrique ou avec péri-gastrite.

Je ne rencontre pas, dans l'histoire clinique de cet homme de signe permettant de porter le diagnostic d'ulcère. Il n'a jamais eu d'hématémèse ou de mélœna. Notez, en outre, l'absence de douleur à la pression et de douleurs irradiées, ce qui est rare, même dans les formes dyspeptiques de l'ulcus simplex. Je ne rejette pas ce diagnostic, mais je dis que nous n'avons pas les éléments nécessaires pour l'admettre.

Du cancer, je ne parle pas. L'âge du sujet (30 ans), l'évolution du mal qui dure depuis 7 années, l'état général présent, suffisent à écarter cette supposition.

J'ai cherché avec un grand soin s'il existait une hernie de la ligne blanche : celle-ci se traduit, souvent, uniquement, par une petite nodosité et de la sensibilité localisée. Elle est, parfois difficile à découvrir, même en faisant tousser le malade et en palpant minutieusement la ligne médiane. Je n'ai pas trouvé la moindre nodosité, et d'ailleurs la douleur n'est pas médiane, elle est nettement fixée à gauche ; de plus, la pression au lieu de la réveiller, la soulage.

Nous sommes ainsi amenés, par voie d'élimination, au diagnostic de périgastrite douloureuse, diagnostic présentant cependant quelques points obscurs qui le contredisent. D'une part, en effet, la cause de cette périgastrite reste obscure, et d'autre part nous ne voyons pas pourquoi le patient a bénéficié d'une accalmie complète, pendant un an : ce n'est pas la marche habituelle de la périgastrite.

Je suis néanmoins en mesure d'affirmer ce diagnostic, grâce à certains moyens précis d'exploration de l'estomac dont j'ai réservé l'exposé pour la fin. L'analyse du suc gastrique permet de ranger ce cas dans le groupe des gastrites parenchymateuses avec prolongation de la digestion. De plus, l'estomac n'a pas sa mobilité normale et c'est là le signe essentiel, qui ne trompe pas, de la périgastrite. Pratiquons l'insufflation de cet organe : il suffit, pour cela, de faire avaler au patient le tube de caoutchouc (de la grosseur d'un porte-plume) d'une soufflerie et, une fois le tube arrivé dans l'estomac, de presser sur la boule de la soufflerie. La poche stomacale se distend : normalement, la grande corbure descend au-dessous de l'ombilic et la petite courbure devient perceptible. Ici, au contraire, la grande courbure s'abaisse à peine, elle reste au-dessus de l'ombilic et la petite courbure s'insinue sous le foie qui est refoulé vers le haut, ainsi que la pointe du cœur. Un semblable résultat démontre l'immobilité de l'estomac et indique la présence d'une périgastrite, d'adhérence entre l'estomac et la face inférieure de la région sous-diaphragmatique gauche.

La périgastrite est donc complètement caractérisée. Reste à préciser son étiologie. Elle relève dans la majorité des circonstances, de l'ulcus simplex stomacal, et quelquefois de la simple gastrite parenchymateuse. J'ai vu des adhérences péri gastriques provoquées par cette dernière affection mais toujours elles étaient localisées au voisinage du pylore.

Ma conclusion, quelque peu forcée, est donc la suivante : ulcère stomacal fruste, rendu évident aujourd'hui par la périgastrite. Ulcère ayant présenté une première poussée légère, il y a 7 ans, et un retour l'année dernière. Je suis contraint d'admettre un ulcère quasi-latent, se révélant seulement par les symptômes d'une complication : la périgastrite. Celle-ci, par contre, est parfaitement caractérisée : les particularités de la douleur m'avaient déjà conduit à l'admettre ; les signes physiques révélés par l'insufflation ne laissent aucun doute.

Le pronostic est d'une certaine gravité. Le malade est exposé à toutes les complications de l'ulcère, à la perforation, aux hématémèses, etc. C'est, en un mot, le pronostic de l'ulcère lui-même, avec toutes les réserves qu'il comporte. L'existence de la périgastrite ne l'aggrave pas mais ne l'améliore pas non plus.

Cet homme est incapable de se livrer à une occupation fatigante. De plus, n'oublions pas les suites éloignées des ulcères : les malades peuvent vivre de longues années ; ils sont, néanmoins, du fait de la dénutrition qui les frappe, menacés par les infections et les maladies spéciales sujets aux débilités : la tuberculose les atteint fréquemment.

Quelle est la conduite à tenir en pareille circonstance ? Le traitement médical ne donne aucun résultat. L'ulcère est sensible à certaines médications, la périgastrite ne peut être attaquée que par des moyens mécaniques agissant sur les parois adhérentes ou par des interventions opératoires. Beaucoup de chirurgiens sont partisans de l'opération et, personnellement, j'y ai eu quelquefois recours. Elle est surtout indiquée lorsque la périgastrite siège au voisinage du pylore et gêne l'évacuation stomacale : les bons effets sont plus aléatoires s'il n'y a pas stase et si on intervient uniquement pour détruire les adhérences. Le patient est soulagé durant un certain temps puis les adhérences se reforment et tout est à refaire. Il est difficile d'empêcher la néo-formation de tissu cicatriciel.

Je ne suis donc pas tenté de proposer, pour le moment, une opération à notre malade. Je lui ai cependant demandé s'il l'accepterait le cas échéant pour me rendre compte de son état mental. Il m'a répondu qu'il s'y soumettrait si cela devenait nécessaire : preuve que le moral est demeuré bon.

Les moyens mécaniques ont procuré à divers auteurs des succès. Roux, de Lausanne, a remarqué qu'à la suite de l'insufflation stomacale, les douleurs étaient diminuées. De là à recomman-

der les insufflations répétées comme moyen thérapeutique il n'y a eu qu'un pas, facilement franchi. On tiraille ainsi sur les adhérences et on rend l'estomac plus mobile. Nous avons essayé ce procédé chez notre malade, et nous y avons joint une diète appropriée, quelques lavages de l'estomac, une cureau bismuth, pensant que peut-être l'ulcère était encore en activité. Le patient a été amélioré : nous allons continuer les insufflations et tâcher de rendre l'estomac plus mobile sans y compter beaucoup cependant. Les adhérences paraissent ici très solides et très probablement le traitement mécanique donnera peu de chose Aussi, plus tard, si la santé générale périclite, conviendra-t-il de s'adresser à la cure chirurgicale, au décollement des adhérences.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

NEUROLOGIE

« LES PHÉNOMÈNES D'AUTOSCOPIE »

Par le Dr P. Sollier.

(Alcan, édit. 1903).

Le Dr P. Sollier, notre distingué collègue, vient d'enrichir la « *Bibliothèque de Philosophie contemporaine* » d'un intéressant travail dans lequel il présente une vue d'ensemble et une mise au point de ces phénomènes curieux d'autoscopie sur lesquels de rares publications isolées avaient déjà attiré l'attention et dont j'ai moi-même dit un mot dans mon article sur le traitement de l'hystérie paru dans ce journal en mars dernier.

Je suis d'autant mieux placé pour parler de cet ouvrage qu'en qualité d'assistant du Dr Sollier j'ai eu la bonne fortune de connaître quelques-uns des malades qui ont été l'objet de ces manifestations, et que j'ai notamment suivi de très près celle à laquelle se rapporte l'observation VII (p. 93). Et, quelque modeste qu'il soit, je suis heureux d'apporter à mon Maître un témoignage dont la sincérité et la bonne foi viennent moins de mes sentiments personnels envers lui que de convictions scientifiques solidement établies.

L'autoscopie est un phénomène en vertu duquel nous nous représentons tout ou partie de nous-mêmes tantôt sous forme d'image extériorisée, tantôt sous forme de vision intérieure. Dans le premier cas, on dit que l'autoscopie est externe ; dans le second cas, au contraire, c'est l'autoscopie interne.

L'autoscopie externe appelée également « hallucination deutéroscopique ou autoscopique » est bien connue aujourd'hui et ne fait de doute pour personne. Indépendamment des cas assez nombreux puisés dans la littérature ou relatés par Féré, Lemaître, etc., l'auteur en a publié, dans le *Bulletin de l'Institut général psychologique* un grand nombre d'observations.

Voici quelques exemples, très succinctement présentés, de ces faits d'autoscopie :

Un jeune garçon de 22 ans, cité par Féré, ayant des tares nerveuses et présentant des troubles de la sensibilité, voit une nuit en face de lui un garçon qui lui ressemblait autant que possible trait pour trait, mais vêtu d'un costume de mousquetaire.

Une malade de Sollier, grande hystérique, aperçoit à la nuit tombante, un fantome qui lui ressemble, mais en plus petit et habillé comme elle.

Une autre, atteinte d'accidents hystériques au cours du sevrage de morphine, voit près d'elle une femme qui est tout à fait elle, mais revêtue d'une robe bleue qu'elle a eue autrefois, etc., etc.

Les différentes modalités suivant lesquelles le phénomène s'est produit peuvent se ramener à trois formes principales :

1° Autoscopie spéculaire : le fantôme est identique au sujet actuel ;

2° Autoscopie dissemblable : le fantôme est différent du sujet dans ses attributs extérieurs, mais identique à lui moralement ;

3° Autoscopie cénesthésique : le double est seulement senti, mais non vu identique au sujet.

Ces faits se sont surtout manifestés chez des hystériques, aussi sont-ce des troubles de sensibilité qui leur servent de base.

Ils résultent en effet de sensations cénesthésiques spéciales, près desquelles les sensations visuelles ou tactiles ne se juxtaposent que par suite de l'habitude que nous avons de nous représenter les objets dans l'espace au moyen de ces seules sensations. Et ce qui le démontre, c'est que les sujets n'ont jamais hésité à se reconnaître très nettement dans l'hallucination en présence de laquelle ils se trouvaient, même quand il y avait dissemblance totale quant à la forme extérieure.

Que les malades, au lieu de projeter leurs sensations au dehors d'eux-mêmes, les perçoivent en eux-mêmes, ils peuvent prendre ainsi connaissance de leur personne intérieure, et de ceux de leurs organes desquels émanent ces sensations, dans leur forme, leur situation, leur fonctionnement.

Nous avons affaire alors à l'autoscopie interne. Celle-ci est de même nature que l'autoscopie externe ; les deux phénomènes peuvent, en effet, coïncider ou, mieux, se succéder chez le même sujet et tel malade qui aura d'abord eu la représentation mentale d'un de ses viscères, pourra objectiver au dehors de lui-même cette représentation et décrire ce viscère comme s'il le voyait en face de lui.

C'est généralement au cours de la restauration de la sensibilité par la méthode du réveil cérébral pendant le sommeil hypnotique que le phénomène se produit : au fur et à mesure que la sensibilité reparaît dans un organe, le malade perçoit des sensations qui lui donnent la représentation de cet organe, et, dans ces conditions, il peut faire intervenir la volonté, pour agir sur des muscles qui normalement échappent à son action. Ces perceptions sont telles que non seulement la forme grossière de l'organe est reconnue, mais encore que les éléments anatomiques eux-mêmes sont perçus et décrits. Les corps étrangers en contact avec un de ces organes sont également consciemment enregistrés, comme si des sensations tactiles émanaient de la surface de conctact.

C'est dans ces conditions que des hystériques, réveillés par la méthode de Sollier, ont senti et décrit leur cœur, leurs vaisseaux, leurs muscles,

leurs tendons, leurs bronches, leurs poumons, leurs organes génito-urinaires, leur cerveau, etc., ainsi qu'il résulte d'observations impartialement recueillies. Deux malades du Dr Comar, qui a le premier publié de ces cas, ont reconnu, au cours du réveil de leur sensibilité viscérale, l'une un fragment d'os qui avait déterminé une crise d'appendicite, et un petit morceau de plomb avalé par mégarde, l'autre, une épingle ingérée depuis plusieurs mois et fixée dans l'épaisseur des tuniques intestinales. Chacune d'elles a pu agir volontairement sur les viscères pour faire cheminer et déplacer ces corps étrangers qui purent être recueillis presque mathématiquement à l'endroit indiqué.

Ces observations ont permis au Dr Sollier de fixer les conditions et le déterminisme de l'autoscopie interne.

Les malades sont tous des hystériques chez lesquels existent depuis longtemps des troubles de sensibilité surtout viscérale... « *L'autoscopie ne se* « *rencontre que lorsque l'état hystérique a revêtu* « *un caractère d'intensité et surtout de fixité parti-* « *culière...* » p. 130). C'est au cours du réveil cérébral en hypnose que le phénomène apparaît, bien qu'il se soit manifesté, très rarement du reste, en dehors du sommeil hypnotique, le travail de restauration se poursuivant pour ainsi dire mécaniquement après la cessation de ce sommeil. Il est impossible de préciser le moment de son apparition. Il semble toutefois que ce moment coïncide avec le perfectionnement de l'activité des centres cérébraux, l'extension de l'activité fonctionnelle de ces centres entraînant une augmentation du pouvoir de représentation de tous les détails anatomiques, de toutes les modifications des organes, à une condition toutefois, c'est que ces organes aient été arrêtés dans leur fonctionnement, ou, pour mieux dire, que les centres dont ils dépendent aient été profondément engourdis. Il y a comme une sorte de dissociation des impressions cénesthésiques telle que celles de ces impressions qui émanent des organes atteints sont perçues avec une précision, une finesse, une acuité comparables à la finesse, à l'acuité, à la précision des impressions sensorielles. La notion de vision et de toucher n'intervient qu'en raison des associations qui existent entre les centres corticaux, et parce que les sujets, surpris par des sensations inconnues jusqu'alors, ne peuvent en rendre compte qu'au moyen de comparaisons tirées de l'habitude. Ainsi les sujets normaux entre les mains desquels on met un objet dont ils prennent connaissance les yeux fermés, le désignent comme s'ils le voyaient.

Un fait digne de remarque et qui a son importance au point de vue de la validité du phénomène, c'est l'usage de termes vulgaires, empruntés au langage courant, que font les malades pour traduire ce qu'ils ressentent. Qu'il s'agisse de personnes cultivées ou de paysans, qu'ils aient ou non reçu une instruction suffisante pour les familiariser avec les expressions techniques, tous emploient le même vocabulaire ; les tendons, les muscles, les vaisseaux sont des cordes ; les bronches, des branches de corail ; le poumon, une grappe de raisin ; l'estomac un sac ; le foie, la rate, des éponges ; les cellules cérébrales, des petites cases, des cônes, etc. C'est qu'en effet, ces sensations sont toutes nouvelles pour eux. Ils cherchent donc des comparaisons banales pour les traduire.., ce n'est que peu à peu et au fur et à mesure que ces sensations s'affinent qu'ils en localisent le point de départ à un viscère déterminé, qu'ils finissent même par désigner, mais en hésitant, comme s'ils doutaient. Que si l'on objecte qu'il est étrange de voir des perceptions porter sur des éléments anatomiques microscopiques, l'auteur répond que nous ne savons pas à quel degré de finesse peuvent atteindre les impressions cénesthésiques, qui sont noyées habituellement dans le flot des sensations externes et des impressions sensorielles. Il y a des faits incontestables où cette finesse s'est révélée, rêves prémonitoires, troubles cénesthésiques des persécutés, des hypochondriaques, etc. Il n'y a donc aucune impossibilité à ce qu'il en soit de même chez des hystériques ; ce n'est qu'une question de degré.

Tout changement moléculaire dans les cellules des organes a sa répercussion dans le centre correspondant et en raison directe. Si un changement moléculaire du centre se produit, rien n'empêche que ce centre prenne connaissance des éléments de l'organe, dont la modification correspond au changement moléculaire central.

Le moment de disparition de l'autoscopie interne est également impossible à préciser. Ce qui est curieux, c'est qu'à partir de ce moment, le sujet perd le souvenir complet des représentations qu'il a eues, et qu'il est incapable d'en reprendre conscience, car les représentations ne sont possibles que pour un état de conscience donné correspondant à une certaine activité des centres. Cet état disparaissant pour faire place à un autre, les représentations qui lui sont liées ne sont plus possibles.

Allant au-devant de ses contradicteurs, le Dr Sollier passe en revue les objections basées sur la possibilité de notions précédemment acquises, de réminiscences, de supercherie des sujets, de la suggestion, etc., et il les réfute dans une argumentation qu'il serait trop long de reproduire ici. Et il donne, de la raison d'être des phénomènes d'autoscopie, une explication dont la validité ne fait aucun doute pour ceux qui sont au courant des réactions psychiques, sensitives et motrices que présentent les hystériques dont on réveille l'activité corticale. Les impressions cénesthésiques sont évidemment perçues par l'écorce cérébrale. Mais chez les sujets normaux, cette perception est inconsciente parce que la monotonie de ces impressions, leur constance, leur uniformité, les rendent inappréciables au regard des impressions, sans cesse multiples, variées, renouvelées, qui viennent de l'extérieur. Qu'un organe s'anesthésie ou, ce qui signifie la même chose, que le centre cortical qui lui correspond s'engourdisse, les notions, aussi confuses qu'on peut les imaginer, données par cet organe disparaissent ou cessent d'être perçues, en même temps que les notions de son fonctionnement, de ses besoins. Que le centre cortical sorte de son engourdissement, et les impressions émanées de l'organe reparaissent avec une intensité d'autant plus grande qu'elles tranchent en quelque sorte sur les sensations vagues et inconscientes provenant des autres organes. Et cette intensité est telle que, momentanément, elles apparaissent dans le champ de la conscience, de façon que la forme, la constitution, le fonctionnement de l'organe sont reconnus comme ils ne l'avaient jamais été et comme ils

cesseront de l'être, dès que l'activité cérébrale aura repris son maximum de fonctionnement et que toutes les impressions cénesthésiques seront au même niveau. « *Du moment que nous admet-* « *tons — et les faits sont là assez nombreux pour* « *nous y obliger—que le retour de l'activité d'un cen-* « *tre cortical amène une représentation d'ensemble* » *de l'organe placé sous sa dépendance, et que nous* « *ne pouvons connaître que par les impressions* « *cénesthésiques qu'il envoie à notre écorce cérébrale,* « *il n'y a aucune raison de ne pas admettre aussi* « *que, si l'activité de ce centre a été complètement* « *inhibée, si les éléments anatomiques eux-mêmes* « *les plus délicats ont été arrêtés dans leur fonction* « *propre et spéciale, la fonction trophique, vitale,* « *étant bien entendu conservée — le retour de cette* « *activité amène aussi des représentations de ces élé-* « *ments anatomiques* (p. 164-165)

Donc, conclut le Dr Sollier, — (et je résume en quelques phrases), — nous pouvons avoir des représentations de tous nos organes et de leurs éléments microscopiques quand le centre cortical qui leur correspond, arrêté dans son fonctionnement, récupère son activité... Ces représentations disparaissent et cessent de pouvoir être évoquées quand cette activité a atteint son summum.

La conscience accompagne tous les degrés de l'activité cérébrale. Liée normalement aux degrés les plus élevés de cette activité, absorbée par la multiplicité des sensations et des impressions périphériques et externes, elle ne fait pas pourtant défaut aux états les plus inférieurs de cette activité, c'est-à-dire à ceux qui correspondent à la vie végétative. « *La conscience nous apparaît comme* « *liée uniquement, non pas au maximum de l'énergie* « *cérébrale normale mais au maximum de l'énergie* « *cérébrale disponible dans un moment donné. Elle* « *n'est pas au sommet de la hiérarchie des manifes-* « *tations cérébrales ; elle accompagne chaque degré* « *de cette hiérarchie, jusqu'aux plus inférieurs. Il* « *n'y a jamais, à proprement parler, d'inconscience;* « *l'inconscience équivaudrait à la mort de l'organe* « *ou de son centre cortical* (p. 169).

Enfin, la connaissance de ces faits permet de se faire de la suggestion une idée plus nette que celle qu'on en avait jusque-là. La suggestion se traduit en effet par un ordre donné et d'exécution possible parce que le sujet, dans des conditions spéciales, prenant connaissance de tous ses organes peut agir volontairement sur eux, accomplissant par exemple les mouvements nécessaires pour amener le vomissement, la contraction de l'intestin, le ralentissement des battements du cœur... aussi facilement qu'il fait les mouvements propres à lever le bras. « *Et nous pouvons remarquer ainsi* « *que la volonté suit exactement les mêmes lois que* « *la conscience et qu'elle accompagne comme elle le* « *maximum de l'énergie disponible, à un moment* « *donné, d'un centre donné, mais non pas le maxi-* « *mum d'énergie de ce centre. Si donc la volonté se* « *montre parallèlement à la conscience à tous les* « *degrés, même les plus inférieurs, de l'activité cé-* « *rébrale, au moment où son activité amoindrie se* « *réveille, nous sommes ramenés au cas simple d'un* « *ordre exécuté par nos membres, avec des muscles* « *striés dits volontaires.* » (p. 173).

Telles sont les faits observés par le Dr Sollier et les idées primordiales qu'il en a dégagées,, pour éclairer d'un jour nouveau et singulièrement lumineux, le mécanisme des fonctions psychiques. Ces faits seront nécessairement discutés, et combattues seront les interprétations de notre Maître. Mais théorie et expérimentation ne seront discutables qu'autant que les contradicteurs se placeront dans les mêmes conditions, de manière à soumettre à l'observation impartiale et à la critique raisonnée et sévère des phénomènes qui peuvent se manifester sous tous les yeux et dans toutes les mains.

Quoi qu'il en soit, nous estimons qu'un pas de plus a été fait dans la solution des problèmes de la psychologie et, par-dessus tout, nous savons à l'auteur un gré infini, de trouver le temps, au milieu de ses occupations, de poursuivre des études telles que les controverses qu'elles soulèvent ne peuvent qu'être profitables au progrès de la science.

G. Duchesne.

Château de Fontenay-sur-Bois, 15 novembre 1903.

Les avatars de l' « Electro-Vigueur ».

Nos lecteurs connaissent l' « Electro-Vigueur » et ses ceintures magiques pour hommes faibles dont on dit tant de bien... dans les réclames tapageuses de la quatrième page des journaux politiques. Cette « découverte » est exploitée par une Compagnie internationale qui a créé des agences non seulement à Paris, mais dans différentes villes, à Londres notamment. Or, cette dernière succursale vient de se trouver mêlée à une affaire judiciaire dont nous nous ferons l'écho, d'après le *Daily News* et le *British medical journal*.

La Mc. Langhlin Company avait choisi comme médecin consultant de son agence anglaise un praticien qui, moins heureux que certains peuples, avait une histoire. Inscrit en 1894 sur le Medical Register (liste officielle des médecins possesseurs de diplômes reconnus sérieux) comme Bachelier ès médecine et chirurgie de l'Université de Durham, cet individu, nommé Lewis Bailes, avait été, la même année, condamné à 5 ans de prison pour viol. Naturellement, une telle condamnation — avec le motif, comme on dit au régiment — amena le Conseil général de médecine à retirer les parchemins et à rayer du Medical Register le nom de ce praticien marron. L'Université de Durham, avisée, le biffa également de ses registres. C'est dans ces conditions qu'il vint échouer dans le cabinet directorial de l'Electro-Vigour, en qualité de médecin en chef, entouré de 25 employés sans cesse courbés sur leurs machines à écrire pour répondre aux nombreuses lettres des clients.

En Angleterre, grâce à la publicité du Medical Register, il est assez facile de se rendre compte de la situation professionnelle d'un médecin, et les gros poissons de l'exercice anormal, non en règle avec les Medical Acts de 1858, passent ainsi moins aisément au travers des filets que leur tend la Medical Defense Union. Celle-ci s'enquit donc des qualifications du sieur Bailes et découvrit le pot aux roses. A sa requête il fut poursuivi judiciairement et comparut, le 13 octobre dernier, devant le tribunal de Bow-Street sous l'inculpation d'usage illégal des titres de Docteur et de Bachelier en médecine.

M. Bodkin, avocat de l'Association de Défense médicale, établit que l'inculpé était attaché à la Mc. Laughlin Company dans ses bureaux de

Londres, 164, Strand. Cette Société, dit-il, fait des annonces, pour ce qu'elle appelle son traitement l'Electro-Vigour, dans le *Times*, le *Daily Telegraph*, le *Daily Mail*, le *Daily Express* et autres journaux à grand tirage. Dans ces réclames, la ceinture électrique en question est représentée comme guérissant rapidement toutes les maladies connues et inconnues. Le public est invité à venir visiter le merveilleux établissement du Strand, 164, où il trouve, ajoute-t-on, un praticien dûment diplômé pour le soigner. Naturellement quiconque ne peut venir est vivement engagé à écrire et à se traiter par correspondance. Au mois de juillet dernier, un clerc d'avoué fut envoyé au siège de la Compagnie et déclara au sieur Bailes qu'il venait au nom d'un de ses amis demander conseil à propos d'une maladie qu'il décrivit. Bailes lui raconta qu'il était ancien médecin de marine et qu'il possédait 4 diplômes médicaux. En septembre, un autre clerc de solicitor se présenta 164, Strand, pour consulter l'inculpé. Ce dernier, après avoir fait passer dans son cabinet directorial plusieurs clients, procéda à l'examen du jeune clerc, avec un stéthoscope. Il conclut à une faiblesse cardiaque compliquée d'hypertrophie du foie et lui prescrivit l'achat d'une ceinture de 250 francs qu'il voulut bien cependant céder au rabais, à 75 francs.

L'avocat de l'accusé, M. Treadwel, plaida coupable avec circonstances atténuantes. Bailes, dit-il, savait qu'il n'avait pas le droit de se servir de ses anciens titres universitaires mais, à la Mc. Laughlin Company, il n'était qu'employé et n'agissait pas à son compte.

Le juge, après s'être inquiété si l'usage des ceintures offrait ou non des dangers, condamna Bailes à 25 livres d'amende et aux frais, au total 900 francs. A défaut, 3 mois de prison.

P. L.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les offices du travail.

Nous parlions dernièrement des services que ces organismes pouvaient rendre dans l'équitable application de la loi accidents. Citons-en aujourd'hui un exemple qui est signalé de Dunkerque ; le correspondant s'exprime ainsi :

Les accidents sont nombreux sur notre port. Il y en a près de six cents par an. Or, autrefois, les ouvriers blessés étaient exploites par les compagnies d'assurances, exactement comme par les entrepreneurs. Ces compagnies imposaient leurs médecins, lesquels déclaraient l'ouvrier guéri bien avant qu'il fût capable de travailler : l'ouvrier était forcé de s'incliner. Pour le règlement des indemnités, les compagnies faisaient les comptes à leur façon. Elles ne payaient pas les dimanches ni les jours de fêtes ; de plus, elles payaient lorsqu'il leur plaisait. Très souvent, la victime d'un accident devait attendre sa guérison pour toucher l'indemnité que la compagnie d'assurances voulait bien lui attribuer.

La création du secrétariat ouvrier a changé les choses du tout au tout. Maintenant, quand un ouvrier est blessé, c'est le secrétariat ouvrier qui intervient, qui lui indique un médecin, au lieu de celui de la compagnie d'assurance, qui lui fait son compte et lui fait payer ce à quoi il a droit. Si une contestation survient, c'est le secrétariat ouvrier qui intervient auprès de la compagnie d'assurance, et, si le différend ne peut être réglé à l'amiable, qui poursuit dans le juge de paix. Il assiste également l'ouvrier devant le président si l'accident doit donner lieu à une pension et suit la procédure jusqu'au bout. Bref, l'ouvrier blessé, étant constamment guidé et aidé, il n'est plus possible aux compagnies d'assurance de lui faire tort d'un centime.

Cet état de choses n'a pas été établi sans difficultés. Dans les commencements, les agents d'assurance, habitués à imposer leur volonté, ont voulu résister. De nombreux procès ont eu lieu que les compagnies ont perdus. Dans le premier mois, le secrétariat ouvrier a gagné contre elles, pour le payement de l'indemnité temporaire, pour 1.600 francs de procès.

Maintenant, les compagnies d'assurance se sont inclinées devant la nécessité. Presque toutes les affaires sont réglées à l'amiable.

Les compagnies ne font plus de difficultés pour payer tous les huit jours les indemnités dues au blessé ; elle payent le demi-salaire sans réduction sur les comptes établis par le secrétariat ouvrier ; elles acceptent sans discussion de laisser l'ouvrier blessé choisir son médecin. Depuis lors, l'exploitation dont les ouvriers étaient victimes de la part des compagnies a complètement cessé.

C'est un grand résultat que le syndicat du port peut invoquer à son actif.

Le secrétariat ouvrier défend aussi les ouvriers devant le juge de paix et devant les prud'hommes ; il rend ainsi encore de nombreux services.

CHRONIQUE DU SOU MEDICAL

Le « Sou médical » et les Compagnies d'assurances.

Nous publions ci-après un jugement intéressant que vient d'obtenir le Dr Rigal, sur la plaidoirie de Me Doullay, avoué à Chartres. Le « Sou médical » avait donné son appui entier à notre confrère, et tous les documents de jurisprudence utiles avaient été remis par notre avocat-conseil à l'honorable avoué chargé de soutenir la cause du médecin. C'est encore une compagnie d'assurances qui vient de mettre le « Sou médical » à même de démontrer son utilité et sa force. A l'instar des grandes Compagnies, la *Responsabilité agricole* qui plaidait sous le nom du patron contestait au Dr Rigal le droit de réclamer des honoraires à ce dernier pour les soins donnés à un ouvrier de culture, blessé au cours de son travail, mais auquel la loi du 9 avril 1898 n'était pas applicable, et subsidiairement cette Compagnie ne craignait pas de discuter la note des honoraires établie pourtant avec la plus extrême modération. Le Dr Rigal avait obtenu gain de cause devant le tribunal de paix de Janville. Comme d'usage, la Compagnie interjeta appel. Mal lui en prit, ainsi que nos lecteurs pourront en juger.

Il est donc convenu que les Compagnies d'assurances ne paieront plus un médecin, qui n'est pas devenu médecin de Compagnie, sans l'avoir obligé de recourir aux tribunaux et sans lui avoir fait parcourir tous les degrés de juridiction. Nous prévenons charitablement ces entreprises financières que, pour les médecins membres du « Sou médical », cette tactique n'a aucune chance d'aboutir au résultat cherché par elles.

Les confrères qui ont eu la prudence d'adhérer, avant la naissance d'un procès, à cette So-

ciété de défense professionnelle, n'auront nullement à souffrir des débours qui, même en cas de gain de procès, incombent toujours au plaideur isolé. Notre caisse de défense les garantit contre ce risque, tandis qu'en ce qui concerne les compagnies d'assurances, les actionnaires des compagnies à primes fixes et les adhérents des sociétés mutuelles qui, en fin de compte, supportent les dépens de ces procès frustratoires, finiront peut-être bien par se lasser de voir ainsi gaspiller leur argent.

Quant à nous, puisque les compagnies nous y forcent, nous les suivrons devant toutes les juridictions, et serons très heureux de faire apprécier par les plus élevées d'entre celles-ci l'indignité de leurs moyens.

Non seulement les médecins indépendants, mais même les médecins de compagnies sont obligés d'agir en justice pour être payés de leurs honoraires. Plusieurs membres du « Sou médical » mis en œuvre par des compagnies se trouvent actuellement obligés de s'adresser à la justice pour se faire payer de notes d'honoraires pour soins donnés à toute une série de blessés. Avec le concours du « Sou médical », ils ne verront pas les frais et honoraires absorber une partie plus ou moins importante de la créance que les tribunaux leur reconnaîtront. Les compagnies étrangères « The Ocean », « La Zurich », ainsi que « La Winthertbur » sont parmi celles qui nécessitent en ce moment notre intervention. Elles peuvent être certaines de trouver chez nous une patience inlassable et chez ceux des membres du « Sou médical » auxquels nous donnons notre appui, une force de résistance à laquelle elles ne sont évidemment pas habituées, surtout de la part des membres du corps médical.

Tribunal civil de Chartres (30 décembre 1903).

Accident survenu à un ouvrier agricole au cours de son travail. Obligation du patron qui a mis en œuvre le médecin. Appréciation des honoraires réclamés.

Sur appel, par le patron, d'un jugement rendu par le tribunal de paix de Janville :

Entre 1° Lasne-Genty journalier à Neuvy-en-Beauce ; 2° et M. Arthur Doucet-Courtois, cultivateur à Oinville-Saint-Liphard, appelants, comparant et plaidant par Mᵉ Debargue,

Et M. Maurice Rigal, docteur-médecin à Janville, intimé, comparant et plaidant par Mᵉ Doullay.

Le tribunal, après avoir entendu en l'audience publique du 23 décembre courant (1903) Mᵉˢ Debargne et Doullay, avoués, pour leurs parties, en leurs conclusions et plaidoiries respectives, ensemble M. Dayras, substitut de M. le Procureur de la République, aussi en ses conclusions, et après en avoir délibéré conformément à la loi :

Attendu que, le 14 décembre 1902, Lasne-Genty, ouvrier agricole au service de Doucet-Courtois, s'est, au cours de son travail, fracturé une jambe ; que Doucet l'a aussitôt mené en voiture chez le docteur Rigal, médecin à Janville, et, après un premier pansement, l'a reconduit à son domicile ; que le docteur Rigal qui a ensuite soigné Lasne-Genty pendant 4 mois et demi a réclamé le paiement de ses honoraires solidairement à Lasne et à Doucet, mais qu'il n'a pu l'obtenir d'eux et s'est vu dans l'obligation de s'adresser à la justice ;

Que, par jugement en date du 29 juillet 1903, M. le juge de paix de Janville a condamné Lasne et Doucet, conjointement et solidairement, au paiement de la somme de 196 francs au docteur Rigal ; que tous deux font aujourd'hui appel de ce jugement devant le Tribunal ;

Attendu que Doucet prétend qu'il doit être entièrement mis hors de cause ; qu'il n'existe aucun lien de droit entre lui et son ouvrier relativement à l'accident, puisque celui-ci ne tombe pas sous le coup de la loi du 9 avril 1898 ; que, dès lors, il ne saurait être responsable des soins médicaux donnés à Lasne par le docteur Rigal et que la solidarité ne se présume pas ;

Attendu que, de son côté, Lasne ne nie pas le principe de la dette, mais qu'il prétend considérablement exagérée la somme de 196 francs réclamée par le docteur Rigal ; qu'il a fait à celui-ci offre d'une somme de 100 francs.

Sur le premier point du litige :

Attendu qu'il serait exagéré de dire que l'intermédiaire qui, dans n'importe quel cas, prend l'initiative de faire soigner un malade, contracte par là avec celui-ci une obligation solidaire au paiement des honoraires du médecin ; mais que, cependant dans certains cas, il peut arriver, en dehors de toute convention que cette solidarité existe par suite de circonstances qui démontrent, chez l'intermédiaire, une intention d'engagement personnel : qu'il n'y a là ni contrat de mandat, ni quasi-contrat de gestion d'affaire, mais seulement une question de fait que les tribunaux ont tout pouvoir pour apprécier ;

Attendu, dans l'espèce, qu'il n'est pas contesté que Doucet a lui-même conduit Lasne chez le docteur Rigal et que l'accident dont Lasne a été victime lui est arrivé pendant qu'il travaillait pour le compte de son patron ; que dès lors celui-ci ne peut être assimilé à un tiers qui, par simple raison d'humanité, porte secours à la victime d'un accident dont il est le témoin ;

Attendu, en outre, que sur la note du docteur Rigal figure le prix de quatre certificats : un certificat d'accident du 14 octobre 1902, deux certificats de prolongation du 10 janvier 1903 ; un certificat de guérison du 23 février 1903, que ces certificats n'ont été rédigés que pour être présentés à une compagnie d'assurances, et qu'ainsi, au moment de l'accident comme pendant toute la durée du traitement, Doucet s'est considéré comme tenu au paiement des frais de maladie, qu'il a donc eu l'intention de contracter un engagement personnel et qu'il y a lieu de le rendre responsable du paiement des honoraires dus au docteur Rigal ;

Sur le deuxième point :

Attendu qu'en l'absence de toutes conventions pour la fixation des honoraires d'un médecin, il est de jurisprudence constante que les tribunaux, pour y suppléer, doivent prendre en considération la gravité de la maladie, le notoriété du médecin et la fortune du malade, toutes circonstances variables suivant les cas ;

Attendu, par suite, que le Tribunal n'a pas à s'occuper de savoir si la note d'honoraires du docteur Rigal est ou non conforme à un tarif adopté par la société des médecins d'Eure-et-Loir, puis qu'il n'a pas à tenir compte de ce tarif ;

Attendu que, s'il est vrai que le salaire de Lasne est peu élevé, il ne faut pas oublier d'autre part que l'accident était d'une certaine gravité et qu'il a nécessité un traitement de plus de quatre mois ; qu'à la suite de ce traitement, Lasne s'est trouvé guéri d'une façon absolument complète et a pu reprendre ses occupations habituelles sans qu'aucune gêne résultant de l'accident soit restée dans le membre blessé ; que le Tribunal a les éléments suffisants pour apprécier les honoraires dus au médecin, que la smme de 100 fr. offerte par Lasne est insuffisante, que celle de 196 francs réclamée par le docteur Rigal n'est point exagérée.

PAR CES MOTIFS ;

Dit qu'il a été bien jugé, mal appelé ; confirme le jugement dont est appel en ce qu'il condamne conjointement et solidairement Lasne-Genty et Doucet-Courtois envers le docteur Rigal au paiement de la somme de 196 francs ;

Condamne Doucet et Lasne solidairement aux dépens liquidés à........ , en ce non compris le coût du présent jugement auquel ils sont solidairement condamnés ;
Fait distraction des dépens au profit de Mᵉ D.

REPORTAGE MÉDICAL

Le jubilé du Pʳ Cornil. — Un comité d'élèves et d'amis du professeur Cornil s'est formé pour célébrer le jubilé de ce savant. Les promoteurs de cette fête sont les docteurs Debove, doyen de la Faculté de médecine, Chantemesse, Brault, Boutron, etc. Le *Temps* du 28 décembre nous annonce qu'une jolie plaquette a été gravée, par les soins du comité, en l'honneur du professeur Cornil. Elle est l'œuvre de Pillet. Elle représente, d'un côté, la figure du maître avec, en exergue, une inscription dédicatoire ; de l'autre la Science, sous les traits d'une femme assise devant un microscope ; dans le fond, se profilent l'Hôtel-Dieu et Notre-Dame.

Cette plaquette, qui vient d'être frappée cette semaine à la Monnaie, sera offerte au professeur Cornil par ses nombreux amis, au cours d'un banquet qui sera donné dans les premiers jours de février.
(Bulletin médical).

Pèlerinage des médecins chrétiens à Rome. — La Société de Saint-Luc (5, rue Bayard, Paris) organise un pèlerinage de médecins à Rome pour les vacances de Pâques 1904.

Le départ de Paris est fixé au mardi 5 avril ; le retour au 14 avril ; le séjour à Rome sera de six jours pleins. Les familles des médecins sont admises à faire partie du pèlerinage.

Les conditions sont les suivantes : 1ʳᵉ classe, 355 francs ; 2ᵉ classe, 280 francs ; 3ᵉ classe, 235 francs. Ce prix comprend le transport et toutes les dépenses en cours de route, le séjour à l'hôtel à Rome pendant six jours ; les frais de visite de Rome en voiture avec guides-interprètes ; les entrées, les pourboires, les repas en cours de route.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dʳ Dauchez, 5, rue Bayard, Paris.

Exercice illégal de la médecine par un pharmacien. — En première instance, les juges avaient décidé, sur la demande du Syndicat des médecins de la Seine, *que le pharmacien qui se livre à un diagnostic médical à propos d'une analyse chimique qui lui est confiée, commet, au point de vue pénal, le délit d'exercice illégal de la médecine.*

Le pharmacien ayant interjeté appel, la Cour, conformément à la plaidoirie de Mᵉ Delepierre, a ratifié la décision des premiers juges, en faisant valoir les motifs que voici :

Considérant qu'il est reconnu par P..., pharmacien, dans les conclusions par lui prises devant la la Cour, qu'après l'analyse de l'urine de ses clients, s'il pense que ceux-ci sont en état de maladie, il les renvoie devant leur médecin ;

Que si, au contraire, il résulte de son examen que cet état de maladie n'existe pas, mais que le client est atteint d'une faiblesse générale, il lui délivre un remède fortifiant, lequel ne contient aucun toxique, et dont le débit est toléré dans les pharmacies, sans ordonnance du médecin ;

Considérant qu'il résulte de ces déclarations qu'un diagnostic médical a toujours lieu de la part de P..., puisqu'il se prononce sur l'existence ou l'absence de maladie et délivre des médicaments, suivant le diagnostic posé ;

Considérant que, suivant l'avis du docteur Villiers, professeur de chimie analytique à l'Ecole supérieure de pharmacie, expert nommé par M. le juge d'instruction, le diagnostic des maladies étant exclusivement de la compétence du médecin et constituant la partie la plus délicate de son art, le pharmacien usurpe des fonctions qui lui sont interdites lorsqu'il délivre, sans ordonnance, un médicament à la suite d'un diagnostic porté par lui, et même lorsqu'il tire une conclusion quelconque d'une analyse d'urine à lui confiée, l'interprétation des résultats de ces analyses exigeant toute l'expérience du médecin ; que cette opinion de l'expert est conforme à la loi et doit être accueillie par la Cour ;

Que l'existence du délit résulte donc de l'aveu du prévenu ; qu'elle est, d'ailleurs, confirmée par les dépositions des témoins entendus par les premiers juges et par la production du livre sur lequel P... mentionne ses analyses, livre dans lequel il faisait suivre le résultat de ses analyses d'une indication de la maladie et du remède prescrit par lui sans ordonnance du médecin ; que les instructions écrites qu'il avait données à ses collaborateurs et élèves, et qui sont représentées démontrent encore qu'il leur recommandait de ne délivrer des médicaments qu'après avoir pris connaissance de son diagnostic personnel ;

Par ces motifs, la Cour confirme le jugement dont est appel.

Ajoutons que l'affaire n'en restera pas là, puisque le pharmacien, condamné à 50 francs de dommages-intérêts envers le Syndicat des médecins de la Seine, vient de se pourvoir en cassation.

C'est donc à la Cour suprême qu'il appartiendra de se prononcer souverainement sur cette intéressante question de principes qui, pour nous, a été bien résolue par la cour d'appel.
(Tablettes médicales.)

Les cours de l'École de Psychologie. — La réouverture des cours de l'Ecole de psychologie a eu lieu, le lundi 11 janvier, à cinq heures du soir, sous la présidence M. le professeur Blanchard, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Médecine.

La leçon d'ouverture a été faite par notre collègue M. le Dʳ Paul Farez, sur les *Sommeils pathologiques.*

Cette année, les anciens professeurs de l'Ecole : MM les Dʳˢ Bérillon, Paul Magnin, Félix Regnault Paul Farez, Watteau, Caustier et Lépinay continueront leur enseignement. Nous aurons de plus le plaisir d'inaugurer un nouveau cours, celui de Psychiatrie, qui sera professé par un des hommes les plus compétents en la matière, M. le Dʳ Legrain, médecin en chef de Ville-Evrard, dont les travaux sur l'aliénation mentale et sur l'alcoolisme font autorité.

Les cours seront complétés, comme les années précédentes, par des conférences hebdomadaires qui auront lieu les vendredis à huit heures et demie du soir, à partir du 15 janvier. Le programme de ces conférences comprend des sujets variés se rapportant à toutes les questions de psychologie. Les conférenciers seront, pour 1904 ; MM. les Dʳˢ Jules Voisin, Bérillon, A. de Jong (de la Haye), Paul Joire (de Lille), M. le professeur Baron, de l'Ecole d'Alfort ; M. Laisant, examinateur à l'Ecole Polytechnique ; M. Baguer, directeur de l'Institut départemental des sourds-muets ; M. Valentino, chef de bureau au ministère des Beaux-Arts, et M. Malapert, professeur au lycée Louis-le-Grand.

Congrès national périodique de Gynécologie d'Obstétrique et de Pœdiatrie. (IVᵉ session : Rouen, 5-10 avril 1904). — La quatrième session du Congrès périodique national de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrice se tiendra à Rouen du 5 au 10 avril 1904, sous la présidence de M. le Dʳ Richelot, professeur - agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris et membre de l'Académie de Médecine. La section de Gynécologie sera présidée par M. le Dʳ Richelot, président général du Congrès, la section d'Obstétrique, par M. le Dʳ Guillemet, professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes ; la section de Pœdiatrie, par M. le Prof. Kirmisson, membre de l'Académie de Médecine.

Les rapports déjà mis à l'étude sont les suivants ; De la malignité des kystes de l'ovaire, par le D. Cerné, professeur à l'École de médecine de Rouen ; De l'hystéropexie au point de vue des grossesses con-

sécutives, par le Dr Oui, professeur-agrégé à la Faculté de Lille ; De la pyélo-néphrite dans ses rapports avec la puerpéralité, par le D. Legueu, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris. Du lait cru dans l'alimentation des nourrissons par le D. Méry, professeur agrégé à la Faculté et médecin des hôpitaux de Paris.

La maladie de Barlow par le Dr Ausset, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille ; Des infections cutanées chez les nourrissons par le D. d'Astros, médecin des hôpitaux de Marseille : Des invaginations intestinales chez l'enfant par le D. Grisel, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris ; Des résultats éloignés fournis par la transplantation tendineuse dans le traitement de la paralysie infantile, par le Derocque, chirurgien des hôpitaux de Rouen.

Tout médecin, administrateur, philanthrope, étudiant en médecine ou sage-femme peut adhérer au Congrès.

Le montant de la cotisation pour les Membres du Congrès est de 20 francs. Il donne droit aux comptes rendus imprimés, à la réduction que le Comité obtiendra presque certainement sur le prix des billets de chemins de fer français, et à la diminution qu'il espère également obtenir sur les frais de séjour dans les principaux hôtels de Rouen.

Les Dames appartenant aux familles des membres du Congrès sont invitées à assister aux séances et à prendre part aux fêtes organisées par le Comité. Elles jouiront des mêmes avantages matériels accordés aux adhérents du Congrès. Le montant de la cotisation qu'elles auront à verser est de 10 francs.

Les adhésions et cotisations sont reçues dès maintenant par le Secrétaire général du Congrès, Dr Albert Martin, Prof. à l'Ecole de médecine. 6, place de la Cathédrale, à Rouen.

Les Membres qui ont l'intention de présenter des communications sont priés d'en envoyer le titre et le résumé au Secrétaire général du Congrès avant le 1er février 1904.

L'hippophagie thérapeutique. — Une commission administrative et technique est chargée d'étudier l'emploi de la viande de cheval sous forme de viande crue hachée pour le traitement de la tuberculose ou d'autres maladies dans les établissements dépendant de l'Assistance publique. Forment cette commission : MM. Mesureur, directeur de l'Administration, président ; Debove, Faisans, Letulle, Barrier, professeur à l'école d'Alfort ; Kester, membres.

Hôpital Beaujon. Leçons de clinique et thérapeutique. — M. Albert Robin recommencera ses leçons de clinique thérapeutique, avec présentation de malades, le mercredi 13 janvier à 9 heures 1/2, du matin et les continuera les mercredis suivants à la même heure dans le local de l'ancienne sacristie de l'Hôpital Beaujon.

Distinctions honorifiques.

Nous adressons nos félicitations aux membres du *Concours* dont les noms suivent qui viennent de recevoir les distinctions suivantes :

Officier de la Légion d'honneur. — M. le Dr Pitres (de Bordeaux).

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bellemauière, Bloch, Naïs, Olivier, Pelaprat, (de Paris) ; Alirol, (du Puy) ; Convers, (de Saint-Etienne) ; Gaud, (de Melle) et Treille, (de Lavaveise-les-Mines).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bourdin, Laquerrière, Mesnard, Nigoul et Pédebidou (de Paris) ; Bonnarme (de Pons) ; Bonnefous (de Broquiés) Calmels (de Carmaux) ; Camescasse, (de Saint-Arnoult) ; Cauvin (de Nice) ; Chaboureau (de Châtillon-sur-Loire) ; David (d'Angoulême) ; Debrigode (de Taverny) ; Delaunay (de Corbeilles-du-Gâtinais) ; Favard (du Péage-de-Roussillon) ; Féraud (de Philippeville) ; Fournier (de Boiscommun) ; Guignard (de Guitres) ; Lejamptel (de Dol-de-Bretagne) ; Mercier (de La Bazoche-Gouet) ; Munot (de Châlon-sur-Saône) ; Pourrière (de Marseille) ; Roumaillac (de Captieux), de Saint-Florent (de Saint-Junien) ; Scoffier (de Nice) ; Thévenet (de Nyons) Vacher (de Pré-en-Pail) ; Vaisson (de Contres) ; Vilvalda (de Breil) ;

Officier du mérite agricole. — M. le docteur Audiguier (de Toulouse).

MÉDAILLES D'HONNEUR. — *Médaille d'argent.* — MM. les docteurs Guénot (de la Roche-en-Brenil), et Viple (d'Ereuil).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Demailly, (dErvillers) ; Laffage (d'Arnay-le-Duc) et Lemaitre (de Neufchâtel).

Faculté et hôpitaux.

M. Letulle, agrégé, commencera, le lundi 25 janvier 1904, à 10 h. du matin, à l'hôpital Boucicaut, un cours pratique de clinique élémentaire, et les continuera tous les matins de 10 h. à 12 1/2 jusqu'au 26 mars 1904.

Tous les jours, les élèves prendront part individuellement, dans le service, à des exercices pratiques de clinique, sous la direction du professeur assisté de M. Schœfer, chef du laboratoire et de MM. Bergeron et Lemierre, internes.

Le cours est payant. On s'incrit au bureau de l'hôpital.

— M. Lenoir. médecin des hôpitaux, a commencé le vendredi 15 janvier, à 10 h. 1/2 du matin, à l'hôpital St-Antoine (salle Axenfeld) une série de conférences sur les maladies du tube digestif et de la nutrition et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

BIBLIOGRAPHIE

Etude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes, par S. BAUDRY, professeur de clinique ophtalmologique à l'Université de Lille, 3e édition revue et augmentée. Un vol. in-18 cartonné. Paris, Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine. — Prix : 5 fr.

Le succès considérable de l'ouvrage du professeur S. BAUDRY, attesté par deux éditions successives, par plusieurs traductions à l'étranger, obligeait en quelque sorte l'auteur à compléter son œuvre. Il vient de le faire très heureusement, en s'inspirant des conditions nouvelles créées par l'application de la loi de 1898 sur les accidents du travail.

C'est plus qu'une 3e édition revue et augmentée, c'est une œuvre presque entièrement nouvelle que le professeur S. BAUDRY vient de faire paraître, et nul doute qu'elle ne soit accueillie avec la même faveur que les éditions précédentes par le public médical.

Notre savant confrère, en effet, n'a pas seulement écrit son livre pour les oculistes ; par son style clair et précis, il se met à la portée de tous les praticiens et leur sera d'un puissant secours pour les tirer d'embarras lorsqu'ils auront à formuler un avis motivé sur la gravité d'une blessure intéressant l'appareil de la vision, sur les conséquences qu'elle peut entraîner au point de vue de l'incapacité professionnelle, s'il s'agit d'un accident de l'industrie.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs CHAUMIER, de Bléré (Indre-et-Loire) ; FRÉBILLOT, de Mirecourt (Vosges) ; BOELL, de Baugé (Maine-et-Loire) et LE VOYER, de Binic (Côtes-du-Nord), membres du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : **Dr H. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 4 23 JANVIER 1904



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

LA RÉFORME DES ETUDES MÉDICALES

L'enseignement de l'anatomie : interview du Professeur Poirier.

Maître aimé et populaire parmi les étudiants, auxquels il sait rendre attrayante et agréable la description quelque peu aride du corps humain, le professeur Poirier est, avant tout, une autorité en matière d'anatomie et d'enseignement. Aussi, sommes-nous heureux de pouvoir présenter, ici, les intéressantes indications que le jeune maître a bien voulu nous fournir dans une récente interview.

— L'organisation actuelle des études anatomiques à la Faculté de médecine de Paris, nous dit M. Poirier, est l'œuvre de Farabeuf et, il faut lui rendre justice, ce que Farabeuf a fait est excellent ou du moins serait tel si on appliquait à la lettre les principes qu'il a formulés.

— Il est donc, mon cher maître, certains points à perfectionner, certains desiderata dont il conviendrait de poursuivre la réalisation ?

— Il en est plusieurs, deux surtout que je puis vous signaler. Le premier a trait à l'enseignement donné à l'Ecole pratique. Chaque jour, vous le savez, dans les salles de dissection, avant que les élèves commencent à travailler sur les cadavres, les prosecteurs font, dans leurs pavillons respectifs, une conférence d'anatomie descriptive. Or, ces cours, qui étaient et auraient dû rester simples et pratiques, ont pris un caractère tout autre. Aujourd'hui, les prosecteurs, au lieu de décrire familièrement les préparations qu'ils ont sous les yeux, font une longue leçon : ils montent en chaire pour ainsi dire et se perdent dans des dissertations qui rappellent beaucoup plus une conférence préparatoire à l'internat ou à l'agrégation qu'une démonstration pratique pour des étudiants de première et seconde années. A la vérité, le prosecteur fait, peut-être pour lui, une fructueuse répétition de son futur concours d'agrégation, mais j'estime que l'heure ainsi dépensée serait utilisable d'une meilleure manière pour l'enseignement. Le chef des travaux devrait veiller à ce que les leçons professées dans les pavillons par les prosecteurs ne dévient pas de leur but et soient ce qu'elles doivent être, c'est-à-dire des *démonstrations*. Le maître ayant devant lui une pièce anatomique passerait en revue les organes, muscles, vaisseaux, nerfs de cette préparation, les montrerait au fur et à mesure de leur description : le pavillon de dissection est, et a besoin de rester, une école pratique où l'élève voit, touche tous les organes dont on lui parle. Une demi-heure seulement serait consacrée à cette démonstration, ce qui gagnerait du temps puisque les conférences actuelles durent habituellement une heure. La pièce ayant servi à la leçon resterait entre les mains des étudiants qui pourraient la revoir à leur aise, seuls ou sous la direction des aides d'anatomie. Tout cela constituerait, comme vous le voyez, double avantage : démonstration pratique au lieu d'un cours trop développé, avantage également d'accorder une demi-heure de plus à la dissection.

— Le deuxième desideratum que je formule-

rai, poursuit le professeur Poirier, est le suivant:
L'élève qui sort du cours d'anatomie ou des salles de dissection doit continuer, par lui-même, l'étude commencée à l'Ecole. Il existe d'excellents livres, d'excellents traités. On dit du bien (je ne fais que le répéter) du traité d'anatomie publié sous ma direction. Le traité Testut est également bon ; il offre d'ailleurs une très grande similitude avec le mien et il m'arrive souvent, chaque fois que je compare un fascicule Testut venant de paraître avec le même fascicule de ma collection, publié plusieurs mois auparavant, d'être tenté de m'écrier : mais, on m'a copié ! Quoi qu'il en soit, nous possédons des traités d'anatomie recommandables ; nous avons moins, par contre, de manuels, et c'est regrettable, car, somme toute, ces derniers s'adressent à la majorité des étudiants et les premiers plutôt aux candidats à l'internat et aux futurs chirurgiens. Ces ouvrages — et voilà où je voulais en venir — renferment de nombreuses gravures, aussi exactes que possible. M. Farabeuf, de son côté, a dessiné des planches murales fort belles, véritables œuvres d'art... mais, pour apprendre l'anatomie, le dessin n'est pas l'absolue perfection, il lui manque le relief ! Eh bien, chose étrange, tandis que la plus modeste Ecole de province, la plus infime Université étrangère, possède un musée anatomique, la Faculté de médecine de Paris, où plusieurs milliers d'étudiants sont inscrits, n'a pas la moindre collection à montrer.
Les travaux exécutés, il y a quelques années, dans les bâtiments de la Faculté, ont amené la disparition des salles et des vitrines de l'ancien musée Orfila. Celui-ci n'existe plus et n'a pas été reconstitué : les objets qu'il contenait sont dispersés, relégués on ne sait où, dans l'ombre des coins les plus obscurs de l'Ecole.

Les étudiants n'ont plus pour apprendre pratiquement l'anatomie que leurs dissections personnelles. Je voudrais voir entre leurs mains de bonnes préparations contenant les principaux organes et les principales régions, mis dans leurs rapports normaux, le nerf facial, le trijumeau, le cubital, la carotide, le triangle de Scarpa, etc., etc. Ces pièces conservées serviraient de types et leur permettraient de voir les parties, filets nerveux, petites artères, qu'ils n'auraient pu isoler eux-mêmes ou qu'ils auraient coupées.
Jadis, le concours du prosectorat, comprenait une préparation sèche. Aujourd'hui cette épreuve a disparu : il serait souhaitable de la voir rétablir, car elle était utile au candidat et plus utile encore aux élèves Bien que mon avis ne soit pas partagé par tous mes collègues, par M. Terrier et M. Kirmisson entre autres, je désirerais le retour non pas à la pièce sèche, si vous voulez, mais à l'épreuve de préparation anatomique conservable, au concours du prosectorat.
En somme, il est deux modifications qu'il conviendrait d'apporter à l'enseignement de l'anatomie tel qu'il existe actuellement à Paris. Remplacer les conférences, trop longues et pas assez appliquées, des prosecteurs dans les pavillons, par une démonstration pratique d'une demi-heure, la parole du maître ne servant qu'à décrire la pièce mise sous les yeux et montrée muscle par muscle. nerf par nerf, vaisseau par vaisseau, aux élèves. Ce serait là de la clinique anatomique, si ces deux mots pouvaient s'associer. Puis, créer un Musée anatomique, avec des dissections demandées comme épreuves aux candidats au prosectorat, par exemple, pour remplacer l'ancien musée Orfila disparu. A part cela, l'organisation établie par Farabeuf est, je le répète, excellente, et je lui rends d'autant plus volontiers justice que

FEUILLETON

L'alcoolisme chez les « gens du monde »

Par Michel Peter,

Directeur du Sanatorium de « la Source » au Parc-Saint-Maur (Seine) (1).

Il est de mode, dans ce qu'on appelle « le monde », de considérer l'alcoolisme comme le fléau ouvrier.
On a loué sans réserve devant des tables garnies de fleurs et de bouteilles rares la dernière affiche de l'Assistance Publique, et les hommes, au fumoir après dîner, chefs d'usine ou de grandes industries, militaires ou ingénieurs, clubmans, avocats ou même médecins ont discuté devant des petits verres sur le mal plébéien et cherché le moyen de combattre la fatale passion de leurs ouvriers, commis ou subordonnés.
Eh bien ! il est temps que ce scandale cesse ; il est temps de proclamer que si l'ouvrier est atteint du mal alcoolique, le bourgeois est autant, sinon plus malade. Et il faut ajouter que, si le premier a du moins les circonstances atténuantes de la mauvaise nourriture, du logis triste et exigu, de la ménagère acariâtre, du chomage forcé, de la pauvreté, le second qui trouve chez lui confortable, repos, bonne hygiène, est sans excuse.
C'est l'intensité du mal chez les « gens du monde » que je veux démontrer dans cette étude, en tâchant d'y joindre le moyen de combattre l'ennemi et de prouver qu'avec de la volonté et de l'aide on est certain de le vaincre.
Comment l'ouvrier devient-il un ivrogne ? Par des voies multiples dont les principales sont les soucis, la mauvaise éducation et le mauvais exemple.
Il en est absolument de même pour l'homme du monde. Si le souci, le chagrin, est la cause la plus fréquente de son alcoolisation, parce qu'étant plus instruit, plus affiné, il est plus sensible et qu'il souffre de peines morales inconnues de l'homme du peuple, plus grossier, il devrait être assez intelligent pour comprendre vite que boire ne console pas, au contraire ; or, et ceci prouve bien que l'alcoolisme est une maladie de la volonté, il ne réagit pas plus que son frère moins instruit, et sachant qu'il va à la mort, et (ce qui devrait lui paraître plus grave) à la déchéance, il augmente sans cesse la dose du poison.
Donc ici : danger plus grand pour l'homme du monde que pour l'homme du peuple,
Voyons maintenant si son éducation l'a rendu plus fort contre le mal.
Scrutons d'abord nos propres actes et que voyons nous ? D'abord combien d'entre nous n'ont pas sur la conscience d'avoir laissé leur enfant boire *pure* une gorgée de « bon vin », de lui avoir donné le « canard » trempé dans l'eau-de-vie, de lui avoir fait boire le verre de bière hygiénique (!!) après

(1) Communication au Congrès de l'alcoolisme d'octobre 1903, à Paris.

personnellement, quelques dissentiments m'ont éloigné de mon prédécesseur à la chaire d'anatomie.

— Je vous signalerai encore un autre point intéressant. Lorsque j'étais chef des travaux, je faisais conserver les préparations des meilleurs candidats à l'examen de dissection ; je les réunissais dans des cuves remplies de glycérine phéniquée et je les mettais à la disposition des étudiants qui avaient échoué à cette épreuve. Ces derniers, en effet, refusés à Pâques, se représentent en juillet : or, pendant ce temps, les pavillons d'anatomie, ouverts à la médecine opératoire, leur sont fermés. Ajournés une première fois à une *épreuve pratique*, ils passent une seconde fois après avoir revu seulement les questions dans les livres. C'est assez illogique !

— Le temps consacré, dans le programme actuel, à l'anatomie, demandons-nous, est-il suffisant pour donner aux élèves toutes les connaissances dont il a besoin ?

— Oui, il permet largement d'apprendre la totalité des notions nécessaires au futur médecin. Certes, quiconque désire se spécialiser et faire de la chirurgie doit pousser plus loin ses études : l'adjuvat et le prosectorat lui en donneront les moyens. Pour la généralité des médecins, les deux semestres de dissection sont assez.

— L'organisation présente, (nombre des pavillons et des cadavres) suffit-elle pour l'enseignement de tous les élèves inscrits à l'Ecole pratique ?

— Oui. Autrefois je me suis plaint bien des fois de ne pouvoir donner aux étudiants une quantité assez importante de cadavres. Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi, grâce à la diminution du nombre des élèves, grâce aussi aux modifications apportées dans le matériel, aux meilleurs procédés d'injections conservatrices des corps. Ces dernier ont eu un autre résultat bienfaisant : les piqûres anatomiques ne s'observent plus chez nous.

— En résumé, mon cher maître, l'étudiant en médecine possède le temps et les moyens de s'instruire complètement s'il le veut. Il le pourrait mieux encore si les deux modifications que vous avez bien voulu me signaler, étaient réalisées. Aucun motif ne s'y oppose, semble-t-il...

— Aucun, pas même la raison d'économie avec laquelle nous devons compter. M. Debove, vous le savez peut-être, est un doyen très économe et les plus infimes dépenses l'effrayent. Parfait administrateur, il a tenu à réduire notablement le chiffre des sommes allouées au service intérieur de l'Ecole de médecine, et il taille impitoyablement dans les notes de chauffage et d'éclairage. Ces économies ne sont pas toutes recommandables, à mon sens. Dans les laboratoires il nous arrivait, autrefois, de poursuivre un travail jusqu'à 2 et 3 heures du matin; maintenant nous ne le pouvons plus, il faut partir de bonne heure... le gaz étant éteint. D'ailleurs, savez-vous à combien s'élève mon budget de laboratoire, le budget de laboratoire d'une science comme l'anatomie, à la Faculté de médecine de Paris? A 1100 francs. M. Farabeuf, il est vrai, n'en demandait pas plus, pour des motifs tout à fait particuliers dont je ne veux pas parler. Enfin, un vent d'économie souffle sur la Faculté ; espérons qu'il s'arrêtera avant d'avoir entraîné des conséquences graves pour l'avenir scientifique de notre belle École de Paris !

Dr P. Lacroix.

---

une promenade, ou le petit verre de cassis *inoffensif.*

Et nous n'aurions pas permis à ce même enfant de fumer devant nous une cigarette ! Or, du tabac ou de l'alcool, lequel est le plus dangereux ?

Avons-nous songé que l'enfant, comme tous les animaux, n'ayant aucune appétence pour l'alcool (à moins d'être fils d'alcoolique, auquel cas il est déjà un malade) il est inutile, et, je le dis, dangereux, de lui faire boire l'eau rougie dont il ignore le goût et dont il trouve même mauvaises les premières gorgées ?

Cette eau rougie lui donne-t-elle des forces ? Votre opinion à tous est faite sur ce point. L'excite-t-elle cérébralement ? L'alcool qu'elle contient est un stupéfiant,

Alors ?

Ce fils de bourgeois est donc aussi mal éduqué. aussi peu prémuni contre le danger que le petit prolétaire.

Avons-nous cherché à aider son instinct qui l'éloigne du poison ? Au contraire.

Et l'exemple ?

N'est-il pas désastreux d'avoir sur notre table diverses sortes de vin que nous buvons pur, devant nos enfants ?

N'est-il pas scandaleux de lier dans leur esprit l'idée de réunion d'hommes à l'idée d'alcool ? Nous ne pouvons fêter aucune date importante sans beuverie. Que d'enfants de bourgeois ont été gris pour la première fois au diner de leur première communion.

Pourquoi offrir à nos invités, devant nos fils, le verre de chartreuse ou de vieux kirsch, dont on va chercher au fond de l'armoire la vénérable bouteille ?

Nous donnons inconsciemment à nos enfants le culte de l'alcool, et, sans en boire, ils en concluent pourtant que ce doit être *joliment bon*, à voir certaines mines béates, à entendre certains claquements de lèvres significatifs.

Et le bourgeois agit ainsi, donne le mauvais exemple, souvent sans y réfléchir, sans même aimer boire, parce que « tout le monde le fait ».

Fatal respect humain ; fatale crainte de faire rire!

Nous autres, bourgeois, gens du monde (j'entends par *nous*, la plupart des hommes de notre classe), faisons-nous mieux que l'ouvrier donnant à son enfant le fond de son verre d'absinthe ?

Beaucoup répondent : ce n'est pas la même chose; le peuple boit de mauvais alcools, impurs, mal rectifiés, des vins falsifiés, tandis que nous...

Mais voyons, l'alcool est-il, oui ou non, mauvais ? Si j'insiste, Messieurs, sur ces choses qui vous semblent à vous d'inutiles lieux communs, c'est justement parce que ce sont des lieux communs. Le but de ce Congrès est, je l'espère, de faire pénétrer dans les masses la conviction du péril alcoolique. Et bien ! ne l'oublions pas, l'éducation des masses est tout entière à faire, et plus encore dans la classe aisée que chez les pauvres gens !

Le fils de bourgeois ainsi instruit et éduqué, suivons-le dans la vie et nous verrons que ses habitudes alcooliques sont identiques à celles de l'ouvrier et que la forme du verre, la finesse du cristal, sont seules différentes.

Voici d'abord le régiment qui guette ce jeune

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des épanchements sanguins.

Depuis de longues années, on a pris l habitude de traiter les épanchements sanguins par les applications de mixture d'eau blanche. eau-de-vie camphrée, arnica. M. Auger, de Bolbec, recommande d'employer l'huile de préférence.

« S'il n'y a que plaie insignifiante, dit-il, ou simple bosse, on emploiera simplement l'huile, appliquée immédiatement en faisant une légère onction, surtout s'il y a bosse ; puis un mouchoir imbibé d'huile par dessus. A la rigueur, s'il y a plaie, laver préalablement avec eau phéniquée, eau oxygénée.

Les néphrites brightiques.

Dans un récent travail publié in *Revue de Médecine*, M. le Dr L. Bernard a longuement étudié les néphrites brightiques et la perméabilité rénale dans les néphrites. Nous retiendrons ses principales conclusions qui sont fort intéressantes.

« Dans les néphrites brightiques, dit-il, la perméabilité rénale n'offre pas une adultération univoque ; les néphrites chroniques à grands œdèmes et albuminurie abondante, dites néphrites épithéliales chroniques, sont à reins perméables, au moins dans les formes qui aboutissent à la mort assez rapidement ; dans les autres, les reins sont moins perméables dans la seconde période de leur évolution.

« Les néphrites chroniques dites interstitielles offrent un fonctionnement rénal différent, caractérisé par une imperméabilité constante et précoce, qui est longtemps compensé par la polyurie, et qui finit, en l'absence de celle-ci, par l'insuffisance rénale. Il résulte de ces deux modalités opposées de la perméabilité rénale deux états dyscrasiques opposés, que révèle la cryoscopie du sang, une meiocrasie dans le premier cas, une pléiocrasie dans le second.

La perméabilité rénale des néphrites aiguës varie selon la gravité de la maladie : normale dans les cas légers, elle est d'autant plus diminuée que le cas est plus grave.

La notion de néphrites à reins perméables, introduite en médecine par l'étude de la perméabilité expérimentale (bleu de méthylène), est confirmée par celle de la perméabilité vraie. Déjà, l'analyse chimique, la densimétrie et la toxicité nous avaient paru la fortifier ; elle est encore consolidée par la cryoscopie.

Cette notion est intéressante au point de vue théorique ; elle entraîne, en effet : une recherche systématique de la perméabilité rénale dans les diverses néphropathies non brightiques (urinaires ; cardiaques, etc.) ; — la revision des théories pathogéniques de l'urémie ; — la possibilité de groupements de symptômes d'origine rénale suivant le trouble fonctionnel qui les engendre.

Cette notion est intéressante aussi, au point de vue pratique, car elle modifie quelque peu les éléments du diagnostic et du pronostic des néphropathies, en particulier des néphrites brightiques.

En particulier, l'application de ces méthodes aux malades appelés en clinique cardio-rénaux, nous a permis de dissocier ce type morbide en ses deux éléments constituants : il répond à une phase évolutive soit de cardiaques, soit de néphri-

---

homme, le régiment où il devrait donner l'exemple de la discipline et de la dignité et où il cherche bientôt seulement à gagner, par des petits verres, les faveurs des sous-officiers.

Là, il devient non pas l'égal mais l'inférieur du fils du peuple, car, ayant plus d'argent, il boit davantage et *paie à boire* aux camarades. Non seulement il s'intoxique, mais il intoxique les autres. *Il faut bien montrer que l'on est un homme !*

Le voici arrivé à la *goutte* du matin, aux apéritifs variés, aux « pomponnettes ». Bien peu résistent à ce régime, bien peu ne rapportent pas de l'armée la tare alcoolique définitive.

Rentré dans la vie civile, le jeune homme ou bien se met au travail, s'il n'est pas suffisamment riche, ou bien vit de ses rentes.

Dans ce dernier cas, il est perdu définitivement ; l'alcool compte une recrue nouvelle.

Quelle est en effet la vie de l'homme du monde ? Ayant vécu autrefois cette vie oisive, j'ai vu le mal de près, et m'occupant aujourd'hui de la cure des buveurs, je le vois de plus près encore.

J'ai vu autrefois des spectacles inouïs, répugnants, j'entends aujourd'hui des confessions navrantes, insoupçonnables!

Suivons notre jeune homme dans sa vie exclusivement mondaine.

C'est le bon dîner arrosé de vins généreux et suivi de nombreux petits verres, c'est le buffet où coule le champagne. Mais voilà minuit. Notre clubman rentre sa femme (quand il est bien élevé) et va au cercle. C'est le jeu dont l'émotion dessèche la gorge. Heureusement le bar est proche, où l'on absorbe les cocktails plus ou moins américains, mais toujours remarquablement alcoolisés (whisky, gin, etc., etc.) ou bien c'est le souper au champagne dans un restaurant de nuit. Ah ! ceux qui n'ont pas vu un de ces endroits vers trois heures du matin ignorent jusqu'où peut aller la dégradation humaine. Certes l'ivrogne en habit noir n'a rien à envier au soûlard en bourgeron. Leurs plainsanteries et leur mentalité sont les mêmes comme leur horreur commune de l'équilibre.

Mais l'homme du monde, devenu loque inconsciente, a la supériorité du « chasseur « qui le met en voiture, du concierge qui l'aide à remonter son escalier à quatre pattes, du valet de chambre qui le couche.

Rentré chez lui, il ne battra sa femme que rarement, cela est vrai, parce que rarement il partage sa chambre, heureusement ! sans cela...

Depuis que les bars *chics* se sont implantés d'Angleterre en France, il y a des milliers de ces ivrognes-là ; on ne le sait pas, et surtout on ne le dit pas assez

Quelle différence y-a-t-il donc entre votre homme du monde et l'ouvrier « qui boit » ?

Une seule, c'est qu'il peut plus longtemps cacher son vice, grâce à son hygiène meilleure et à la complicité de ses proches ; il a la supériorité de l'hypocrisie.

Et puis il n'a pas besoin d'aller de bonne heure à son travail, il peut cuver plus longtemps ! Mais ses enfants, ses pauvres enfants !

Maintenant que nous avons vu le véritable ivrogne, l'*ivrogne par vocation*, suivons l'homme du mon-

tiques, reconnaissables toujours à la perméabilité rénale propre à ces deux catégories de malades.

Analgésie obstétricale et suggestion éthyl-méthylique.

M. Paul Farez a fait une très curieuse communication à la Société d'hypnologie sur l'analgésie obstétricale et la suggestion :

Une primipare, arrivée au terme de sa grossesse est en travail depuis 3 heures du matin. A 6 heures du soir, la dilatation est comme deux francs et reste stationnaire pendant trois heures. La parturiente, énervée par la douleur, devient intraitable ; dans l'espoir de moins souffrir, elle se couche sur le côté, en chien de fusil ; elle refuse de se tenir sur le dos et de pousser. Je la soumets à la narcose éthyl-méthylique, pendant deux ou trois minutes : la douleur est complètement jugulée. Pendant la période d'hyponarcose qui précède le retour à l'état de veille, je fais des suggestions, grâce auxquelles l'analgésie persiste après la cessation de la narcose : la parturiente est tout à fait calme, ses contractions deviennent régulières, elle pousse de toutes ses forces très utilement, d'une manière soutenue et prolongée, sans se plaindre du tout. Au bout d'une demi-heure, la douleur reparaît : nouvelle narcose, avec suggestion pendant l'hyponarcose, maintien de l'analgésie pendant une autre demi-heure, contractions regulières, suivies, soutenues et indolores. L'accouchement ne tarde pas à se terminer dans d'excellentes conditions. M. Bérillon a lui-même essayé toutes sortes d'anesthésiques ou d'hypnotiques, pour renforcer l'hypotaxie et préparer un terrain favorable à la suggestion curative : chloroforme, éther, protoxyde d'azote, morphine, trional etc. Les uns et les autres ont paru présenter des inconvénients et des dangers qui ont fait presque complètement renoncer à leur emploi. Les récentes publications de M. Paul Farez doivent arrêter notre attention, puisque la narcose éthyl-méthylique permet par exemple de traiter par la suggestion des obsédés non hypnotisables. Toutefois, il y a lieu de s'assurer si cette narcose éthylméthylique est réellement exempte de tout danger.

L'hypnotisme, ajoute M. Damoglon, au Caire, est devenu une branche légitime de la neurologie ; tout praticien doit être avant tout un thérapeute, et, lorsque l'occasion s'en présente, ne pas hésiter à recourir à la psychothérapie qui, bien appliquée, soulage toujours, guérit souvent et ne nuit jamais. Témoins les cas suivants guéris par la suggestion hypnotique et dont l'auteur rapporte l'observation complète : crises d'hystéro-neurasthénie, constipation opiniâtre, névralgies, paroxysmes d'angoisse, spermatorrhée, etc.

La ration alimentaire du nourrisson.

Dans un des derniers n[os] du *Journal des Praticiens*, M. le P[r] Budin s'élève contre la tendance que l'on a de donner trop de lait aux nourrissons. La suralimentation est la cause générale des troubles digestifs de l'enfance; il vaut mieux pécher par excès contraire.

Un enfant qui ne prend pas assez de lait peut ne pas augmenter ; il peut même diminuer, mais il n'a pas de troubles digestifs ; dès qu'en lui donnant plus de lait on arrive à la quantité nécessaire, on le voit rapidement s'accroître.

Pour les enfants allaités artificiellement, le P[r] Budin recommande donc une quantité égale au dixième du poids de l'enfant.

---

de qui travaille, et nous allons constater avec stupeur le nombre de ceux qui sont alcooliques sans s'en douter.

Notre homme entre dans les affaires. Ce sont alors les rendez-vous au café, les apéritifs multiples que l'on se croit obligé de prendre pour ne pas désobliger un client. Combien peu ont le courage de faire rire en buvant du lait devant des compagnons qui prennent « la verte » ! Puis ce sont les déjeûners et les diners d'affaires où l'on se grise abominablement.

L'homme politique boit, lui, avec l'électeur, l'officier boit au mess avec les camarades, l'homme de lettres boit dans les salles de rédaction, puis à la brasserie. Et cela ne se passe pas qu'à Paris. En province, c'est peut-être pire. La vie est creuse dans les petites villes ; pas de distractions. Le seul dérivatif est le café où la manille du commis-voyageur est remplacée, pour l'homme du monde, par le bridge des gens chics.

On me dira que j'exagère, que je noircis le tableau. Heureusement, certes, tous les bourgeois ne sont pas des ivrognes, mais je dis que, s'il y en a moins parmi eux que parmi les ouvriers, il y a autant d'alcooliques inconscients, de gens toujours *sous pression*, toujours excités et hors de leur assiette.

N'oublions pas que le bourgeois a inventé l'apéritif : l'ouvrier n'y est venu qu'ensuite.

C'est notre classe qui a inauguré l'absinthe « la muse verte » dont la fonction la plus claire est de tuer son poète.

Quel homme de lettres bien parisien ne la boit à la terrasse du café à la mode ? Qui, sinon nous, a inventé l'heure verte ?

Et quel est le bourgeois qui ne boit pas, *au repas, plus qu'il ne faut* ; combien ne prennent pas le petit verre qui alcoolise infailliblement à la longue ?

Si l'on ne voit pas autant de malades *aigus* parmi les bourgeois que parmi les ouvriers, c'est qu'on les cache, qu'on les soigne à domicile et qu'ils n'échouent pas dans les asiles publics comme les miséreux.

Mais lorsque on les suit de près, comme je les suis, lorsqu'on reçoit leurs confidences et surtout celles de leurs familles, on voit l'immensité du mal, on frémit de l'intensité du fléau.

Pour tous les gens qui boivent trop, riches ou pauvres, intellectuels ou manœuvres : affaiblissement des facultés, incapacité de travail qui mène rapidement à la ruine non seulement de la santé mais du sentiment de la famille, à la ruine matérielle et morale.

Seulement, l'homme qui, par sa situation, commande aux autres, ruine aussi, par ricochet, ceux qu'il emploie ; lui, qui a charge d'âmes, mène à la misère non seulement lui et ses enfants, mais tous ceux qui vivent de lui.

Il est une catégorie à peu près inconnue d'alcooliques, catégorie hélas trop nombreuse ! Je veux parler des *femmes du monde*.

Là encore le mal est considérable. Il est incalculable le nombre de *dames* qui boivent trop.

Celles-là ne vont pas au café, il est vrai, mais elles vont aux « five o'clock » où trop souvent le sherry, le madère, le porto et même le kümmel remplacent

Par exemple. après le dixième jour, pour un enfant pesant aux environs de 2.000 grammes, 200 grammes de lait pur, stérilisé, contenant 37 à 38 grammes de beurre. — Pour un enfant de 3 à 4 mois, pesant de 4 à 5 kilogrammes, 480 à 500 grammes de lait.

Cette quantité peut être élevée chez les enfants débiles, chez les prématurés. En ce cas, elle peut atteindre le cinquième du poids de l'enfant.

Traitement de l'otite moyenne aiguë

M. le Dr Baratoux a fait dans la *Pratique Médicale*, une très intéressante revue sur les diverses opinions des otologistes en ce qui concerne le traitementde l'otite moyenne aiguë.

Une des questions d'otologie qui semblerait au premier abord être complètement élucidée, est loin cependant d'avoir réuni l'unanimité des suffrages de ceux qui ont traité ce sujet, si nous en jugeons en particulier par la discussion qui a eu lieu récemment lors de la réunion de la Société d'otologie allemande à Trèves.

En effet, si l'accord a pu se faire à propos de la dénomination d'otite moyenne aiguë, sans distinction entre l'otite catarrhale et l otite purulente, il n'en a plus été de même quand il s'est agi du traitement par les douches d'air et la paracentèse.

Si le rapporteur, le Dr Bezold, conseille de déparrasser tout d'abord l'oreille des produits infectieux au moyen de la douche d'air et de la paracentèse du tympan quand l'exsudat est abondant, — paracentèse qui doit être suivie d'une douche d'air par le conduit et plus tard par le nez,— si le co-rapporteur, le Dr Körner, préconise également la paracentèse dès qu'il y a un exsudat inflammatoire dans la caisse, quand il y a douleur, fièvre et projection du tympan au dehors, il n'en est pas de même pour l'autre co-rapporteur, le Dr Pifll. qui expose la pratique de la clinique de Zaufal. Pour lui, l'otite moyenne aiguë est une affection cyclique qui guérit d'autant plus facilement qu'on arrive à éviter toute perforation spontanée ou artificielle du tympan. On ne doit intervenir que pour calmer la douleur, diminuer la sécrétion et augmenter la résorption, ce que l'on obtient, non par la paracentèse qui est rarement indiquée, mais par l'enveloppement humide et chaud au moyen de compresses imbibées d'acétate d'alumine, de préparations salicylées, d'applications de teinture d'iode, d'instillations de solution cocaïnées et quelquefois de massage de la région auriculaire, toutes choses que prohibent les précédents otologistes sous prétexte que si on ne laisse pas intacte la peau mastoïdienne, on peut masquer ainsi une mastoïdite au début, ce qui peut être la cause d'accidents graves.

Un certain nombre d'auteurs conseillent encore, non seulement de garder la chambre, mais le repos au lit pendant la période aiguë de l'affection.

Pour faciliter l'écoulement du pus, Vohsen fait coucher le patient sur l'oreille saine : la tête se désinjectionne ainsi du côté affecté, la perméabilité de la trompe se rétablit plus facilement et le pus au lieu de se localiser dans l'attique et les cellules mastoïdiennes s'écoule au dehors.

Avec Pifll et Zaufal, qui craignent que le fait d'établir une communication de la caisse avec le conduit suffise pour changer l'exsudat séreux en exsudat muco-purulent, Kretschmann conseille de ne pas se presser d'intervenir sur le tympan, même s'il est rouge, projeté en dehors et même s'il n'y a pas encore une légère ascension thermi-

---

le thé ; et souvent, le plus souvent, elles boivent *à la maison*. Combien ont, cachée au fond de leur armoire, la bouteille de chartreuse ou d'anisette sans compter les fruits à l'eau-de-vie !

Les mondaines élégantes boivent toutes trop aux repas ; le dîner au champagne est aujourd'hui de règle.

Au bal, la jeune fille, après chaque danse, boit une coupe de cette agréable boisson qui étourdit et fait rêver.

Après le bal, on soupe, et beaucoup, en se réveillant tard dans l'après-midi, sentent autour de leur tête le « casque fatal ».

Faut-il rappeler certains soupers scandaleux dans des cabarets à la mode, où des jeunes femmes portant les plus grands noms de France se donnèrent en spectacle à la foule ébahie ; jeunes femmes dont le jeu consistait à se faire verser par leurs cavaliers du champagne dans l'échancrure de leur corsage ?

Sans nous arrêter à ces *exagérées*, on peut affirmer que les femmes du monde boivent trop, souvent beaucoup trop.

Elles boivent dans le monde, au restaurant, en sortant du théâtre, chez le pâtissier et surtout elles prennent trop de boissons pharmaceutiques à base d'alcool, sous prétexte de se tonifier : c'est le vin de coca, c'est le vin de quinquina, l'eau de mélisse, l'alcool de menthe, etc.

Et la bourgeoise boit plus que l'ouvrière, pour la même raison que son mari boit plus que l'ouvrier : parce qu'elle a plus d'argent.

« Que de vapeurs », que de « crises nerveuses » et autres ont pour cause primitive l'alcool !

Pas un médecin ne niera que, dans sa clientèle féminine, il ne rencontre des cas multiples d'alcoolisme ; seulement, pour les femmes du monde, comme pour les hommes du monde, on n'ose pas leur dire « qu'elles boivent » : cela est si dégradant !... Tandis qu'avec l'ouvrier, à l'hôpital, on n'a pas besoin de prendre de gants.

Mais le résultat est le même, et c'est nous qui, dans nos maisons de cure, voyons échouer les épaves.

Ceci m'amène à vous parler, Messieurs, en quelques mots, des remèdes à apporter à l'alcoolisme moudain.

Comme toujours, il est deux sortes de remèdes : les préventifs et les curatifs ; inutile de dire que les premiers sont préférables aux seconds.

Le rôle du médecin dans les deux cas peut être providentiel.

Qu'il cherche d'abord et toujours, si, dans chaque *cas* qu'il soigne, *il n'y a pas d'alcool* et, quand il en trouve, ce qui arrivera 9 fois sur 10, qu'il attaque de front l'ennemi, qu'il n'hésite pas à dire à son client : « Prenez garde, vous buvez trop ! »

Les premiers temps, cette franchise certainement déplaira, mais l'homme est un être bien maniable, avec de la patience, et quand le malade sentira les effets bienfaisants de la suppression de l'alcool, la reconnaissance cicatrisera bien vite chez lui la plaie faite à son amour-propre.

Si déjà la volonté a disparu chez le malade, s'il ne peut plus résister sans aide à son fatal penchant, que le médecin signale aux parents l'imminence du danger, qu'il leur fasse comprendre l'intérêt

que, car beaucoup de cas guérissent sans perforation et regressent quelquefois très vite par le traitement ordinaire, comme du reste l'admet aussi Brieger, qui conseille comme moyen abortif l'application de sangsues, contrairement à Bezold et à Körner, et réprouve avec ce dernier l'application sur la mastoïde de sachets de glace, recommandée par Bezold dans les cas où l'apophyse est sensible à la pression.

La plupart des auteurs n'admettent pas l'emploi des douches d'air, de peur de faire passer dans la caisse les produits infectés du naso-pharynx, mais Brieger a montré l'exagération de cette opinion en insufflant dans le pharynx une poudre colorée, car jamais il n'a pu en constater la présence dans la caisse après le cathétérisme.

Brieger emploi encore les lavages de la trompe, suivant les préceptes de Schwartze ; Bezold, au contraire, les rejette de sa pratique, n'en ayant eu que de graves inconvénients.

Lavages du conduit avec l'eau boriquée à 4 0/0 une fois par jour suivis de douches d'air et d'assèchement très soigné ou de tampons d'ouate, usage du procédé de Valsalva et emploi de poudre d'acide borique pour écarter tout danger d'infection du conduit et fétidité de la sécrétion, surtout ne pas tamponner à sec le conduit, telle est la pratique de Bezold.

Pour Körner, il ne faut employer ni douche d'air pour la trompe, ni lavage du conduit à moins de sécrétion muco-purulente filamenteuse ou adhérente, mais une lanière de gaze dans la conduite en guise de drain, avec couche d'ouate recouvrant l'oreille.

Pas de lavage qui n'enlève que le pus sorti de la caisse, pas d'assèchements au moyen de tampon qui produit de l'irritation, pas d'insufflation de poudre qui favorise l'accollement des bords de la perforation et obstrue la voie de l'écoulement, mais introduction dans le conduit de petits bourdonnets roulés dans la poudre d'acide borique, c'est ce que préfèrent Schwartze et Lentert.

Il semble préférable de se rallier à l'opinion éclectique de Jansen, qui traite les divers cas suivant leur gravité, en rappelant que l'otite aiguë non ouverte guérit plus vite que l'otite paracentésée quoique Körner prétende que cette dernière guérit le septième jour si l'on a eu recours au bistouri dès le premier jour, tandis que, si on n'ouvre le tympan que le septième jour, on n'obtient la guérison que le vingt-sixième jour.

MEDECINE PRATIQUE

Leucorrhée des petites filles et blennorrhagie génitale.

Avant les recherches bactériologiques modernes, l'étiologie et la pathogénie de la leucorrhée et de la vulvo-vaginite des petites filles restèrent longtemps obscures

On attribuait généralement les « flueurs blanches » des petites filles et des jeunes filles à la chloro-anémie, au lymphatisme ou à la scrofulo-tuberculose Par suite d'un mélange de pudeur mal placée et d'ignorance, on se bornait à prescrire des ferrugineux, de l'huile de foie de morue, du sirop iodo-tannique phosphaté, à l'intérieur, et des lavages plus ou moins soignés à l'eau de feuilles de noyer et à l'écorce de chêne.

Naturellement, ces traitements n'avaient qu'une médiocre efficacité et surtout, ils avaient le

---

qu'ils ont à combattre le mal pendant qu'il en est encore temps.

Qu'ils chassent l'hésitation, le respect humain, qui les empêchent d'envoyer leurs chers malades se soigner loin d'eux, car l'isolement est nécessaire. Qu'ils leur fassent surtout admettre cette vérité : que l'alcoolisme est toujours guérissable à la condition que le malade se livre pieds et poings liés à des éducateurs dévoués qui changeront non seulement ses habitudes, mais sa mentalité. Me consacrant à la cure des alcooliques, ayant l'honneur d'être le collaborateur du vaillant couple Legrain dans la direction de leur sanatorium de « La Source » je parle en connaissance de cause.

J'ai vu des malades considérés comme perdus renaître au milieu de nous rapidement à la vie. Il leur a fallu seulement le facile courage de ne pas s'écarter un instant de la ligne de conduite imposée par des gens abstinents eux-mêmes entourés d'un personnel abstinent.

J'ai vu des malheureux délirants, arrivés au dernier degré de la démence alcoolique, guérir complètement.

Et je vous prie de croire que la mentalité de ces personnes de la « haute société » n'est pas plus élevée que celle des ivrognes de la rue, car l'alcool est égalitaire par essence. Ce sont les mêmes ruses d'apaches pour arriver à satisfaire l'horrible passion : bouteilles cachées sous les armoires, dans la cheminée, dans les bottes, quand on ne boit pas son eau de cologne ou l'alcool de sa lampe ! On voit des gens bien nés boire la goutte ou la *mominette* chez le marchand de vin, quand ils ne se croient pas observés.

Cela est plus triste que répugnant, car il ne faut pas oublier que ces êtres sont des malades.

Aussi, quelle joie, lorsqu'on les voit redevenir des hommes normaux !

Mais à ce moment encore, la besogne du médecin n'est pas terminée.

Qu'il enseigne à la famille à donner l'exemple aux malades revenus guéris, en proscrivant de la table commune l'alcool sous toutes ses formes, car l'ancien buveur qui prend *une goutte de vin est perdu ;* et surtout qu'on ne fasse aucune allusion à la maladie ancienne, le buveur guéri ayant sur ce point une extrême susceptibilité.

Telle est la *cure* toujours praticable ; quant au remède préventif, nous pouvons tous le donner.

Détruisons les fatales légendes de l'*alcool aliment*, de l'*alcool excitant, de l'alcool de bonne qualité*, soi-disant moins nuisible.

Empêchons ceux que nous aimons de devenir des malades en donnant l'exemple : toujours l'exemple !

Le professeur Debove a dit que toute religion a ses saints et ses fidèles, et il ajoutait que nous ne pouvons pas tous être des saints.

Dans notre religion, les saints, sont, suivant lui, les *buveurs d'eau* ; les fidèles, les *tempérants*.

Je lui répondrai, moi, qu'il est très difficile quand on boit du bon vin de n'en pas trop boire et très facile d'éviter la tentation en n'en buvant pas.

Soyons donc des saints, c'est plus simple, et soyons convaincus que tous nous pouvons le devenir, car l'alcoolisme, il faut le proclamer, est toujours guérissable... même chez les gens du monde.

(*Annales antialcooliques.*)

★

grave inconvénient de ne prévenir aucune des terribles complications qui, sournoisement, s'installent dans l'appareil génital interne des jeunes filles pour le plus grand danger de leur maternité future. Elles sont d'une fréquence inimaginable, ces lamentables histoires de pauvres enfants qui, après quelques incidents péritonéaux plus ou moins inexpliqués, arrivent à l'âge du mariage avec des lésions annexielles irrémédiables et s'acheminent rapidement vers la table d'opération.

Les recherches de Neisser ont montré que la plupart des écoulements vulvo-vaginaux contiennent des gonocoques, c'est-à-dire des microbes de la blennorragie. D'autre part, les sécrétions utérines et salpingiennes contiennent aussi des gonocoques. De là à conclure que les uns sont engendrés par les autres, il n'y a qu'un pas, et c'est ce que les auteurs ont fait. Leurs observations et leurs expériences, les ont amenés à établir, presque mathématiquement, la filière des inoculations gonococciques et de leur pullulation ascendante du vagin vers l'utérus et vers les trompes. — De même que chez l'homme, le gonocoque aime à remonter de l'orifice du méat urinaire vers l'urèthre bulbaire, vers la prostate, vers les canaux déférents et les testicules, de même chez la petite fille, ce même microbe inoculé à la vulve par n'importe quel contact, remonte le vagin, le canal cervical, l'utérus et les oviductes pour envahir les trompes et même le péritoine.

I

Etiologie

L'éducation moderne doit avoir pour principal objectif de redresser ce qu'avait de défectueux l'éducation ancienne au point de vue de la propreté générale et locale et de l hygiène intelligemment comprise. Il faut surveiller attentivement le nettoyage des organes génitaux externes des enfants et en particulier des petites filles ; la pudeur bien comprise ne consiste pas à laisser fleurir tranquillement la faune et la flore qui peuplent les replis périneaux, labiaux et inguinaux des enfants mal tenus. Il faut également se tenir en garde contre les contacts plus ou moins malsains des objets de toilette communs à des grandes personnes et à des enfants. Jamais une enfant ne doit être nettoyée avec une serviette et surtout une éponge ayant servi à une grande sœur ou à la maman ; jamais, non plus une petite fille ne doit coucher dans le même lit et surtout dans les mêmes draps que ses grandes sœurs ou que ses parents, mère ou grand'mère, tante ou amie quelconque. Bien entendu, il n'y a d'hésitation pour personne que les filles doivent toujours être soigneusement séparées de leurs grands frères aussi bien pour les objets de toilette que pour le couchage.

Enfin, il faut s'opposer formellement à ce que les petites filles ne soient pas revêtues de culottes ou de pantalons fermés qui les préservent des différents contacts des sièges plus ou moins propres où d autres se sont assis. On est malheureusement encore bien arriéré à ce sujet dans le monde des ouvriers et même des bourgeois et nombre de petites filles livrent ainsi inconsciemment leur derrière tout nu au contact des bancs d'école, des banquettes d'omnibus, de voitures de chemins de fer, des trottoirs même sur les rebords desquels elles s'assoient, des marches d'escaliers, des pavages ou du plancher sur lesquels elles se traînent. Il est même extraordinaire que la négligence avec laquelle on voile ces organes si fragiles ne leur porte pas plus souvent préjudice, aussi bien au point de vue de la propreté qu'au point de vue de la chasteté.

Point de pudeur pour les lavages et pour les bains, mais plus de pudeur pour le vêtement de dessous !

Or, c'est par ces différentes lacunes d'hygiène que s'insinue le fallacieux microbe gonocoque, toujours à l'affût d'un appareil génital vierge à infecter. Point n'est besoin de viol et de contact vénérien pour que la vulve d'une petite fille soit contaminée. Nombre de mères, de nourrices, de bonnes ont des « pertes blanches » abondamment pourvues de gonocoques et si, par malheur, leur linge intime est mis en contact avec les organes de l'enfant, la contagion est à peu près assurée.

Toutefois, nous insistons sur ce fait capital, que le contact direct est indispensable, le gonocoque se sème facilement, mais il ne se transmet pas par l'air, ni par cheminement dans les vêtements. L'inoculation se fait au point de contact des muqueuses génito-anales ou oculaires. Il suffit donc, pour *s'en préserver sûrement*, de toujours bien se laver les mains après avoir fait la toilette intime, de n'employer que des objets de toilette strictement personnels, les enfants fussent-ils frères et sœurs, et de garantir toujours les organes génitaux par des culottes ou des caleçons convenablement clos.

II

Traitement

La leucorrhée des petites filles et des jeunes adolescentes ne doit donc plus être mise sur le compte de l'anémie et du lymphatisme dans les trois quarts des cas ; ce n'est pas cette leucorrhée qui est le résultat de l'anémie, mais bien au contraire la leucorrhée blennorrhagique qui produit l'anémie.

La question du traitement est particulièrement importante, puisque c'est surtout l'état local qu'il faut soigner, tout en ne négligeant pas l'état général.

Les lotions sont le plus souvent insuffisantes, il faut pratiquer le nettoyage vulvaire, puis l'irrigation vaginale avec une sonde molle de Nélaton (sonde uréthrale ordinaire n° 8 ou n° 10) avec un bock à injection ou simplement un entonnoir muni d'un tube d'un mètre environ en caoutchouc rouge. Le liquide à employer sera toujours le permanganate de potasse au millième, légèrement tiède ; 1/2 litre de solution sera injecté matin et soir, lentement, sans excès de pression, l'enfant étant couchée sur le dos, les cuisses écartées dans la position du spéculum. Le pansement sera fait ensuite avec un tampon de gaze stérilisée maintenue par un bandage en T. Si des complications pelvi-abdominales survenaient, il faudrait recourir à des applications de glace sur le bas ventre, mais en tout cas ne jamais se départir d'un traitement attentif et scrupuleux, car il est de toute nécessité de débarrasser les petites filles de ces écoulements absolument infectieux et dangereux.

Le traitement général comportera les ferrugi-

neux, les arsenicaux et l'huile de foie de morue. Dans bien des cas un séjour au bord de la mer pourra être fort efficace, mais là encore il faudra bien surveiller le costume et, en particulier, se défier des costumes de bains loués ou prêtés.

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec : M. le Professeur Landouzy.

Le rhumatisme vrai et les arthropathies rhumatiformes.

La semaine dernière, évoquant le souvenir des malades arthropathiques passés dans le service, je vous montrais combien, en réalité, ces cas s'éloignent de la polyarthrite aiguë fébrile, du rhumatisme véritable. Ce dernier seul mérite le titre d'individualité morbide ; seul il a son existence autonome que caractérisent son mode d'invasion, son évolution, sa résolution, ses particularités anatomo-pathologiques, ses complications, sa thérapeutique. Il se localise aux jointures, mais les lésions qu'il y détermine, aussi intenses soient-elles, n'arrivent jamais à la suppuration et ne laissent habituellement aucun reliquat, ni soudure, ni ankylose, ni même de raideur ; il a des complications qui ne sont pas quelconques, car elles frappent les séreuses à l'exclusion des autres tissus ; il cède, enfin, et est soulagé immédiatement grâce à l'administration du salicylate de soude. L'affection ainsi définie constitue la fièvre rhumatismale polyarticulaire aiguë, le rhumatisme vrai, franc, le rhumatisme tout court.

Eh bien ! à cette entité morbide j'oppose un groupe important d'états pathologiques qui n'ont de commun avec elle que leurs localisations, les articulations, et que l'on entend appeler souvent, dans le public, et aussi dans les milieux médicaux, des rhumatismes. Je donne à dessein à ces maladies la qualification générale d'« arthropathies rhumatiformes », et je me propose de traiter aujourd'hui avec quelques détails ce point de médecine journalière.

Si j'y insiste, ce n'est pas, croyez-le, dans le simple but d'établir des distinctions de pathologie générale ; nullement, le sujet touche de près à la clinique et à la thérapeutique : se fiant aux apparences, en effet, après avoir étiqueté rhumatisme ces arthropathies rhumatiformes, le praticien se trouve naturellement amené à prescrire un médicament absolument inutile en pareille circonstance, le salicylate de soude. Il ne s'agit donc pas d'une question de doctrine, mais de pratique.

Il existe une maladie à laquelle la nosographie a réservé le nom de rhumatisme articulaire aigu. Depuis le jour où la clinique a créé ce type, rien n'est venu le contredire. Il tire son appellation d'un de ses caractères essentiels : la mobilité (*rhéo* : je coule) ; il prend, nous le savons, simultanément ou successivement, plusieurs articulations, puis il s'attaque aux autres séreuses de l'organisme, fréquemment à l'endocarde, plus rarement à la plèvre, plus exceptionnellement encore aux méninges. Ce déplacement fait partie de l'évolution du rhumatisme vrai, vous ne le rencontrerez pas chez les arthropathiques : chez eux, à partir du moment où une jointure est prise, elle ne se dégage pas avant des semaines, des mois, voire des années.

Les arthropathies rhumatiformes diffèrent, d'ailleurs, de la fièvre rhumatismale par une série de caractères essentiels : elles n'offrent ni son début, ni son évolution, ni ses complications, ni sa sensibilité immédiate au salicylate de soude. L'administration de ce médicament, quels que soient la fièvre et le degré de fluxion articulaire, est constamment suivie d'une sédation de l'hyperthermie, des douleurs et de la phlegmasie, lorsque le rhumatisme vrai est en cause.

Ce critérium est si précis que moi, qui ai connu la febris pallida à une époque où la cure salicylique n'existait pas, j'ai pu observer des formes de cette affection aujourd'hui disparues. Elles ne se rencontrent plus parce que, actuellement, aussitôt le diagnostic posé, le salicylate de soude est prescrit et d'emblée la fièvre, l'impotence sont atténuées, la durée du mal abrégée. Lorsque, me reportant à mes souvenirs d'externat de 1859, je compare la fièvre rhumatismale que nous voyions alors, à l'Hôtel-Dieu, avec celle que j'observe maintenant à l'hôpital Laënnec, je ne puis m'empêcher de constater combien ce type morbide a été modifié — dans un sens très heureux, par l'usage du sel salicylique. Ce résultat bienfaisant n'est jamais ou presque jamais obtenu dans la légion des arthropathies rhumatiformes.

Il s'est établi dans l'esprit du public et aussi dans celui des médecins un rapprochement fâcheux : toutes les manifestations morbides plus ou moins vagues des articulations éveillent l'idée du rhumatisme. Sur la foi des premières apparences, on se laisse facilement entraîner à donner une telle épithète aux divers consensus qui frappent une ou plusieurs articulations. C'est là une faute de clinique et de nosologie ; elle amène à superposer la médication des arthropathies en question à celle de la fièvre rhumatismale : d'où des échecs, des démentis formels de la thérapeutique.

Je tiens à établir une cloison étanche entre le rhumatisme polyarticulaire aigu et tous les états rhumatiformes qui peuvent y ressembler. Une semblable distinction se retrouve pour d'autres maladies d'ailleurs, et vous m'entendez journellement employer dans nos salles d'hôpital ces dénominations en «...iformes ». Il y a deux jours encore, M. Bernard vous a fait une leçon sur la chorée : après avoir mis sur pied la chorée véritable, celle de Sydenham, il vous a décrit une longue série d'affections « choréiformes ». La vraie danse de Saint-Guy, avec son invasion à un certain âge, chez les fillettes surtout, sa période d'état, sa résolution, évolue dans un cycle donné ; elle a une personnalité qui permet de la reconnaître. A côté d'elle, se place un groupe d'affections qui présentent, dans leur symptomatologie, des mouvements irréguliers et involontaires simulant ceux de la chorée : ce sont l'hémichorée post-hémiplégique, l'atéthose, les myoclonies, etc.

De ce que certains malades ont des arthropathies rhumatiformes ou des mouvements choréiformes, il ne s'ensuit pas qu'ils soient rhumatisants ou choréiques. Il faut, avant de conclure, pousser plus loin l'enquête et rechercher les stigmates de l'individualité morbide. Vous les retrouverez toujours quelle que soit l'acuité du mal.

Tel patient, par exemple, entre dans la clinique avec — permettez-moi l'expression — la grande tenue du rhumatisme : il est pâle, fiévreux, sa température est élevée, il a des sueurs profuses, un gonflement énorme des jointures, et il souffre au moindre mouvement. Il raconte qu'il a été pris, trois jours auparavant, d'un léger mal de gorge avec sensibilité à la déglutition et répercussion dans les oreilles ; puis, à l'angine, a succédé les altérations articulaires et la fièvre. Cet individu porte sur son visage la signature de la febris pallida que précisent l'hyperthermie intense, la rougeur et le gonflement considérable des jointures et parfois le premier bruit voilé de la pointe du cœur, début de l'endocardite. Jadis, avant le salicylate, le bruit voilé faisait place, le lendemain ou le surlendemain, à un souffle ou aux linéaments d'un souffle.

A côté du malade dont je viens de parler, il en est d'autres qui réagissent de façon moins intense; chez eux, la fièvre est moins élevée, la fluxion moins accusée. Ils revêtent la petite tenue du rhumatisme, mais ce sont, comme les précédents, des rhumatisants vrais : vous en avez une preuve manifeste par les effets de la médication salicylée.

J'oppose ces cas aux arthropathies rhumatiformes. Leur situation pathologique a une marche, un cortège régulier de symptômes, un cycle, une destinée. Je sais ce qui attend le sujet atteint de fièvre polyarticulaire. Je sais que sa fluxion sérofibrineuse va grandir, marcher dans un sillon tracé d'avance et habituellement se résoudre sans suppuration, sans troubles plastiques. Je sais qu'enfin, à moins de complications, elles aussi prévues, le patient arrivera au déclin de son affection.

Les rhumatiformes ne connaissent pas cela. Ils n'ont ni la grande, ni la petite tenue du rhumatisme franc. Que nous soyons en face d'arthropathie gonococcique, syphilitique, tuberculeuse ou autre, la marche en reste incertaine. Nous ne pouvons pas dire ce qui les attend comme je me fais fort également de vous dire ce qu'attend le rhumatisant vrai ou le pneumonique.

Semblable distinction, effectivement, se retrouve pour la pneumonie, et les états pneumoniformes, et pour nombre de maladies, comme la scarlatine, la variole etc. Si j'ai affaire à une pneumonie à pneumocoque, il m'est possible, calendrier en main, de prédire la date de la résolution ou du passage à l'hépatisation grise. En revanche, si je suis aux prises avec une fluxion de poitrine pneumoniforme, je ne sais plus rien, j'ignore si elle est streptococcique, grippale, pesteuse, j'ignore ce qu'elle va devenir.

Envisageons maintenant, au même point de vue, la scarlatine. Il existe des scarlatins vrais et des individus atteints de lésions scarlatiniformes. Ces derniers ne sont pas plus des scarlatins que n'étaient rhumatisants ou pneumoniques les patients frappés d'affections rhumatiformes ou pneumoniformes. Ils ont des éruptions pourpres sur la totalité du corps, simulant l'exanthème de la scarlatine : leur tenue est celle du scarlatin, mais ils n'y ressemblent pas par ailleurs. Le scarlatin est un fébricitant dont la destinée est particulière. Interrogez-le : il était bien portant, lorsqu'il fut pris, un jour, de courbature. Le lendemain, la surface du corps s'est recouverte d'une éruption écarlate ; une fièvre vive, s'est déclarée qui a duré 2 ou 3 jours. Puis, au 3 ou 4e septénaire, alors que, souvent depuis plusieurs jours, tout paraissait terminé, se montre un phénomène spécial : la peau desquame. A cette même date, un peu avant parfois, le malade est menacé d'une complication et cette complication n'est pas dépendante des éventualités ; elle n'est pas quelconque, frappant un appareil unique, le rein. Autre chose encore qui montre bien le cachet de la maladie, qui stigmatise bien son individualité morbide : à partir du jour où une personne a été touchée par cette affection, elle ne la voit plus reparaître : la scarlatine ne récidive pas. En outre, elle se propage, elle contagionne l'entourage, reproduisant toujours une affection pareille à elle-même.

Prenez, par comparaison, le scarlatiniforme. Rien de tout cela chez lui. Il n'a ni fièvre, ni angine. Il peut vivre en commun, il ne contagionne personne. Il n'est pas menacé de complication et non seulement une première atteinte ne lui confère pas l'immunité, mais encore elle le prédispose à un retour de l'exanthème. Ces éruptions pourpres, dues tantôt à une intoxication alimentaire, tantôt à une absorption médicamenteuse, belladone, antipyrine, sérum anti-diphtérique, *revêtent le manteau de la scarlatine*, elles y ressemblent au premier coup d'œil sans avoir rien de commun avec elle. Ces causes occasionnelles diverses agissent sur la peau comme le virus de la scarlatine, voilà tout

Vous comprenez, dès lors, la question que j'ai voulu développer. J'ai montré que, cliniquement, nosographiquement, les maladies comme le rhumatisme, la scarlatine, la pneumonie, sont des individualités réelles, caractérisées par leur genèse, leur épanouissement, leur marche, connus d'avance, par leur reproduction quelquefois preuve absolue de personnalité. Leur cortège symptomatologique pourra être plus ou moins grand, plus ou moins complet ; chaque fois que vous le verrez passer, vous le distinguerez sans erreur possible. Evidemment, le rhumatiforme ressemble au rhumatisant, le scarlatiniforme au scarlatin, sinon jamais la confusion ne serait faite. C'est au clinicien à se pénétrer suffisamment de l'individualité morbide pour les différencier.

Ces considérations — et je reviens à ce que je disais au commencement de ma leçon — n'ont pas simplement un intérêt de doctrine, de pathologie générale. Elles ont une haute importance en clinique, en thérapeutique, en pratique. Je vais vous en montrer une preuve par l'exemple d'un de mes malades de la ville longtemps soigné pour des rhumatismes et qui n'était qu'un rhumatiforme. Son affection avait emprunté les localisations du rhumatisme au point de le stimuler assez exactement. Il avait des arthropathies ; rhumatisme, disait-on. Il se plaignait d'un peu de fièvre vespérale : rhumatisme encore, avec, comme déduction thérapeutique, la prescription du salicylate de soude et d'agents analogues. Pendant ce temps, le mal évoluait, une toux légère à laquelle on n'avait pas pris garde s'aggravait et le malade entrait dans la tuberculose franche après avoir passé par une première étape d'arthropathie bacillaire qu'il eût été intéressant et important de dépister dès le début.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

CHIRURGIE PRATIQUE

Appareils pour l'immobilisation du thorax, de l'épaule et du bras.

A l'occasion du traitement d'une fracture de la clavicule, j'ai été amené, en décembre 1900, à imaginer un nouveau bandage, que j'ai présenté à la Société médicale du XVII[e] arrondissement le 24 février 1901.

La description, publiée dans le *Bulletin des Sociétés d'arrondissement* (20 mars 1901), a été reproduite en 1901 par les *Annales de chirurgie et d'orthopédie*, par le *Journal d'hygiène*, par la *Gazette médicale belge* ; en 1902 par les *Tablettes médicales mobiles*, par la *Diététique* et par le *Journal de Médecine de Paris*.

Quelques modifications ont été apportées au modèle primitif, pour lui permettre de s'adapter à un plus grand nombre de cas. Une nouvelle description est donc utile.

* * *

L'appareil comprend deux parties :

L'une d'elles, le *bandage de corps*, qui peut s'employer seule pour *l'immobilisation ou la compression du thorax*, sera décrite à part,

L'appareil tout entier (comprenant le bandage de corps, et un grand carré de toile) sera décrit ensuite. Il convient dans tous les cas où il est nécessaire *d'immobiliser le bras ou l'épaule* (avec une légère modification quand il s'agit d'une fracture de la clavicule).

1° *Bandage pour l'immobilisation ou la compression du thorax.*

C'est un solide bandage de toile ou de coton(1). Sa hauteur varie suivant la taille du patient. Elle atteint de 18 à 23 centimètres pour l'adulte.

Sa longueur est telle que le milieu s'appliquant sur le sternum, ses extrémités avoisinent la partie postérieure des côtes. Elle atteint de 70 à 85 centim. chez l'adulte. On y coud quatre baleines placées verticalement, et à peu près à égale distance l'une de l'autre pour empêcher la bande de se rouler sur elle-même. En même temps, on fait fixer par une corsetière de 6 à 10 œillets le long de chaque extrémité de la bande.

L'application faite à la hauteur convenable, un cordon est passé dans les œillets et le bandage se serre comme un corset de femme (2) (fig. A).

Si les seins du sujet sont développés, des pinces appropriées aident à bien mouler l'étoffe sur la poitrine.

Deux bandes en toile ou en tissu élastique, de 3 à 7 centimètres de largeur, passant sur les épaules, servent de bretelles. Elles se fixent, soit au moyen d'épingles de sûreté soit au moyen de boucles soit au moyen de quelques points de couture.

Indications du bandage. 1° *Il pourra être employé pour immobiliser le thorax, dans les fractures des côtes ou du sternum.*

2° *Il permet d'obtenir facilement la compression des seins ou de maintenir un pansement sur le thorax.*

A la fin d'un allaitement, son application par dessus une épaisse couche d'ouate est incompara-

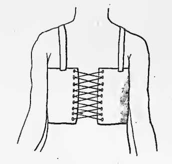


Fig. A

Le bandage de corps (vue de dos).

blement plus facile que celle des bandages usités habituellement, et prévient ou calme bien plus sûrement la tension douloureuse des reins.

De même, il facilite l'application de compresses humides, et permet d'exercer une pression utile dans le cas d'abcès du sein.

2° *Bandage pour l'immobilisation de l'épaule et du bras.*

L'appareil se compose de deux parties :

1° Le bandage de corps avec ses bretelles ;

2° Un carré de toile destiné à immobiliser et à soutenir le bras.

1° Le bandage de corps est tel que l'indique la description plus haut (bandage pour l'immobilisation du thorax) ; on l'applique le plus haut possible, immédiatement au-dessous des aisselles et l'on serre modérément.

2° La deuxième pièce est un carré de toile assez grand pour que l'une de ses extrémités se plaçant en dedans de l'aisselle du côté sain, il puisse être étendu sur le devant de la poitrine, passer

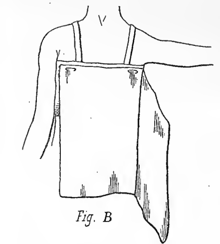


Fig. B

Le carré de toile fixé au bandage du dos, (vue de face).

sous l'aisselle du côté opposé, et atteindre la colonne vertébrale.

On le fixe par des épingles anglaises au bord supérieur du bandage de corps, sur le devant de

(1) La flanelle m'a paru trop peu résistante.

(2) On peut naturellement adopter un autre mode de serrage que les œillets, par exemple mettre 3 boucles d'un côté et 3 boucles de l'autre.

la poitrine, l'une de ses extrémités se trouvant en dedans de l'aisselle du côté sain, l'autre flottant librement à partir de l'aisselle du côté blessé (fig. B).

Saisissant ensuite la partie supérieure de son bord postérieur, on lui fait contourner bien exactement les faces postérieure, externe et antérieure du bras placé dans une position convenable, et on le ramène sur le devant de la poitrine, le fixant au bandage immédiatement en dedans du bras (fig. C).

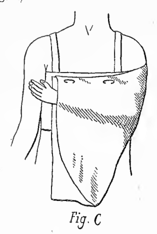


Fig. C

Le carré de toile replié autour du bras.

On replie ensuite la partie inférieure de ce carré de toile, pour lui faire embrasser et soutenir l'avant-bras et on l'attache sur le bandage (fig. D).

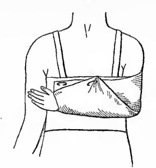


Fig. D

La partie inférieure du carré de toile repliée autour de l'avant-bras.

Parfois, il est nécessaire, suivant la position du bras, de faire quelques plis à l'étoffe, en la relevant.

Il n'y a aucune difficulté de ce chef : ces détails s'improvisent aisément, et ne se prêtent pas à une description générale.

Indications. Cet appareil convient chaque fois qu'il y a lieu d'immobiliser le bras, en particulier après la réduction d'une luxation de l'épaule ou dans le traitement des fractures de l'humérus ou du coude (si l'on ne juge pas indispensable de recourir à un appareil plâtré).

Il l'emporte sur l'écharpe de Mayor, qui est habituellement usitée, par les avantages suivants :

L'application correcte en est beaucoup moins difficile que l'application correcte de l'écharpe de Mayor ; elle est moins douloureuse, nécessitant moins de mouvements du bras du blessé. L'appareil ne se déplace pas ; il est très toléré.

L'écharpe, au contraire, adhère mal au tronc ; elle a tendance à remonter et à se rouler sur elle-même, exerçant alors une constriction douloureuse sur les aisselles, et ne remplissant plus son but. Enfin il est facile, quand on le juge à propos, d'enlever pour un instant une ou plusieurs parties de l'appareil, pour masser et mobiliser plus ou moins complètement l'avant-bras, le bras ou l'épaule.

Modification spéciale pour les fractures de la clavicule.

S'il s'agit d'une fracture de la clavicule, on

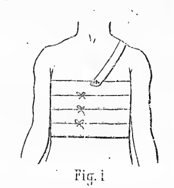


Fig. 1

n'emploie qu'une seule bretelle (en toile ou en tissu élastique (fig. I).

Elle s'attache en arrière, par un point de couture ou par des épingles, au bord supérieur du bandage, vers le milieu du dos ; passe sur l'épaule, presse fortement par l'intermédiaire d'un tampon d'ouate ou de quelques épaisseurs de linge fin sur le fragment interne de la clavicule ; et se fixe au niveau du sternum, de préférence au moyen d'une boucle, ou à son défaut, au moyen d'une épingle.

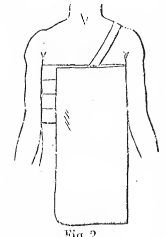


Fig. 2

Le carré de toile se fixe sur le bandage comme il a été expliqué plus haut (fig. 2). Après lui avoir fait contourner le bras, on l'attache sur le bandage (fig. 3.).



Fig. 3

Puis la partie inférieure est repliée autour de l'avant-bras, mais elle ne doit pas être fixée sur le bandage. Elle doit être attachée sur la bretelle (fig. 4). De cette façon, le poids du bras contribue par l'intermédiaire de cette bretelle à empêcher le fragment interne de la clavicule d'être entraîné en haut par le sterno-cléido-mastoïdien.

Indication. J'ai exposé plus haut en quoi cet appareil l'emporte sur l'écharpe de Mayor. En outre, il s'oppose bien plus sûrement à l'ascension du fragment interne.

Quelques chirurgiens pratiquent systématiquement la suture osseuse : ce bandage se prêterait

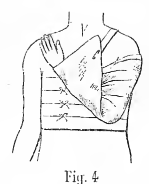


Fig. 4

mieux que tout autre aux pansements et manœuvres post-opératoires nécessaires.

* * *

J'ai recueilli un assez grand nombre d'observations d'affections chirurgicales du thorax, de contusions et luxations de l'épaule, de fractures de l'humérus, de fractures de la clavicule, chez des enfants et des adultes, dans lesquelles le bandage de corps seul (affection du thorax), ou l'appareil complet avaient été appliqués. Les sujets appartenaient soit à ma propre clientèle, soit à celle de confrères, en particulier des Drs Doury, Néble, Vicente, de Paris, du Dr Merle, professeur agrégé, du Dr Cordebart, d'Aubervilliers, etc.

Habituellement, lors de la première visite, on improvisait un appareil avec une serviette pliée en trois, aux extrémités de laquelle on cousait des cordons, avec un carré de toile quelconque et de petites bandes de toile. Puis la famille préparait, sur nos indications, pour la visite suivante, un appareil plus parfait (avec baleines, œillets).

Toujours le bandage fut facile à confectionner, à appliquer, à supporter par le blessé ; et ses résultats thérapeutiques furent excellents.

Dr A. Charlier.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le secret professionnel. — Un cas de conscience.

Il a beaucoup été écrit sur le secret professionnel, et cependant toutes les difficultés qu'il soulève n'ont pas été prévues, tellement la vie se complaît à créer des situations où viennent se heurter des intérêts contraires et également respectables.

Prenons-en un exemple.

Un médecin ou un chirurgien est attaqué devant les tribunaux. Son ancien client lui reproche un traitement douloureux et inefficace, une opération maladroite ou intempestive, et, trouvant en ces faits la cause du préjudice qu'il a souffert sous la forme de dépenses excessives, d'intolérables douleurs ou d'aggravation de son mal, il demande à ce médecin de réparer sa faute en lui payant une somme d'argent à titre de dommages intérêts.

Le médecin va se défendre, et pour justifier sa conduite il devra dévoiler les détails de la maladie et du traitement. Mais doit-il parler, et, en parlant, trahir le secret professionnel ?

Troublant problème. D'une part, il ne peut, par un mutisme obstiné, qui sera comme l'aveu du coupable, laisser proclamer par l'autorité judiciaire le principe de sa faute, et ainsi non seulement compromettre sa réputation et son honneur professionnel, mais encore créer un précédent fâcheux pour les intérêts du Corps médical. D'autre part, cependant, le secret professionnel est une de ces choses absolues que ne doit entamer aucune brèche. Il ferme d'un inviolable sceau les lèvres de celui qui le détient. Imposé par des nécessités d'ordre supérieur, nul intérêt particulier ne saurait le faire fléchir ; tel est le principe que les médecins se sont, avec raison, fait honneur de toujours enseigner et pratiquer.

Comment choisir en cette alternative ? Où donc est le devoir ?

Demandons au droit une réponse.

A cet égard, une distinction s'impose, et le secret professionnel doit être envisagé à un double point de vue : au point de vue de la responsabilité pénale et de la responsabilité civile.

Le Code pénal prévoit le cas du médecin qui révèle le secret qui lui a été confié ; il considère ce fait comme un délit et le punit de peines correctionnelles. Mais ce délit n'existera que tout autant qu'il y aura eu, de la part du médecin, *divulgation d'un fait secret de sa nature ou qui lui aura été confié expressément ou tacitement sous le sceau du secret.* Le médecin pourra donc, sans

enfreindre la loi pénale et sans, dès lors, encourir une peine, révéler les faits qu'il a connus dans l'exercice de sa profession, à condition qu'ils ne soient point secrets par leur nature ou par la volonté du malade. La responsabilité pénale du médecin ne se trouvera, par conséquent, engagée que s'il y a eu révélation d'une confidence.

Mais à côté de cette conception assez étroite du secret professionnel, il en est une autre infiniment plus haute qui est enseignée par les auteurs qui ont traité cette délicate matière. A leurs yeux, le médecin doit taire tout ce qu'il a appris dans l'exercice de sa profession, sans qu'il ait à rechercher s'il s'agit de faits confidentiels ou non, de circonstances étrangères à l'exercice de sa profession ou s'y rattachant d'une façon nécessaire, de choses insignifiantes ou graves, et sans qu'il ait à tenir compte de ce qu'il a pu être, par son client, relevé du secret professionnel. Il suffira qu'il ait été appelé au foyer d'une famille dont il avait la confiance pour que le plus absolu silence lui soit imposé sur tout ce qu'il a pu y apprendre.

Si le médecin trahit le secret professionnel tel que nous venons de l'envisager en dernier lieu, il ne commet pas de délit et ne sera pas condamné par un tribunal correctionnel, mais il ne s'en rendra pas moins coupable d'un manquement grave au devoir médical, d'une faute susceptible d'engager sa responsabilité civile vis-à-vis de la personne qu'aura lésée sa révélation.

Il n'était pas inutile de rappeler et de préciser cette distinction entre le secret professionnel de la loi répressive dont la divulgation entraîne à la fois la responsabilité pénale et civile du médecin et le secret professionnel défini par les auteurs dont la divulgation entraîne sa seule responsabilité civile, car cette distinction nous aidera à résoudre la présente difficulté.

En effet, un premier point s'en dégage avec netteté. Si le médecin voit sa responsabilité recherchée en raison des soins qu'il a donnés dans une maladie qui n'est point secrète de sa nature ou pour laquelle le silence ne lui a pas été demandé, et si, en se défendant devant le tribunal, il fait connaître le caractère de la maladie et le traitement qu'il a prescrit, il ne commettra certainement pas un délit passible de peines correctionnelles. D'ailleurs, on peut ajouter que, sa révélation n'ayant pas un caractère spontané, on n'y saurait trouver cet élément intentionnel sans lequel il ne peut y avoir d'infraction à la loi pénale.

Sans doute il aura pu engager sa responsabilité civile en publiant des faits que le devoir professionnel lui faisait une obligation de taire, mais cette responsabilité sera pour lui sans danger. Qui lèsera-t-il, en effet, si ce n'est la personne même qui, l'ayant assigné, l'a obligé à faire connaître ce qu'il n'eût jamais révélé, et l'a pour ainsi dire à l'avance implicitement relevé du secret professionnel ?

Ainsi, dans ce premier cas, le médecin peut se défendre sans craindre d'engager sa responsabilité soit pénale, soit civile.

Mais supposons maintenant qu'un procès lui soit intenté en raison des soins qu'il a fournis dans une maladie secrète de sa nature ou au sujet de laquelle le secret lui ait été demandé. La solution devient alors singulièrement épineuse.

En ce qui concerne toutefois sa responsabilité civile, elle ne nous paraîtrait pas engagée, car la partie demanderesse ne peut se plaindre d'avoir été lésée par une réponse qu'elle a prévue et qu'elle a elle-même imprudemment provoquée. En prenant l'initiative des hostilités, elle a dégagé son médecin de l'obligation du secret professionnel, parce qu'elle ne peut avoir la prétention de le traîner devant les tribunaux sans qu'il lui soit loisible de se défendre. Dans le procès qu'elle engageait, il y avait à s'attendre à une riposte certaine ; elle est sans droit à se plaindre de se l'être attirée.

Néanmoins, que le médecin s'arme dans sa défense d'une extrême circonspection et que ses révélations soient contenues dans les limites de ce qui est strictement indispensable pour répondre à l'attaque, afin que chacune de ses paroles se trouve justifiée par l'attitude de l'adversaire et que l'on ne puisse imputer à une inutile indiscrétion ce qui n'est que l'exercice du droit de défense.

Mais il me paraîtrait bien difficile d'exonérer de toute responsabilité pénale le médecin qui, pour résister à une demande en dommages-intérêts, publierait des faits secrets par eux-mêmes ou dont il n'a eu connaissance qu'à titre de confident. Il ne s'agit plus ici, comme pour la responsabilité civile, de l'intérêt d'un particulier qui a provoqué volontairement des révélations de nature à lui nuire et s'y est exposé en connaissance de cause. Il s'agit d'un intérêt d'ordre public qui ne peut être mis en balance avec aucune considération privée.

Je sais bien que l'on peut m'objecter que le médecin doit être considéré comme ayant été relevé du secret professionnel, et que, cité en justice, il ne peut être privé de ce droit de défense que l'on accorde aux pires criminels et qui est tenu, à juste titre, comme une des plus belles conquêtes de la civilisation.

De tout cela, nous ne pouvons disconvenir. Il y aura évidemment en faveur du médecin des circonstances très atténuantes ; mais n'a-t-on pas toujours soutenu que le client était impuissant à relever du secret professionnel ? D'autre part, l'intérêt privé du médecin peut-il l'autoriser à faire ce que la loi lui défend ? Ne doit-il pas s'effacer devant les nécessités sociales ?

Nous ne pouvons enfin oublier les termes en lesquels s'est exprimée, à maintes reprises, la jurisprudence et notamment la Cour de cassation, dans son mémorable arrêt du 19 décembre 1885, qui a sanctionné la théorie de la Cour de Paris et du Tribunal de la Seine, à propos d'une lettre du Dr Watelet sur la dernière maladie du peintre Bastien Lepage. « En admettant même, disait le Tribunal de la Seine, que Watelet se crût en butte à des reproches immérités d'impéritie, les polémiques des journaux ou *l'intérêt personnel ne sauraient légitimer la violation du secret professionnel* et autoriser le médecin à porter à la connaissance du public le caractère de la maladie de la personne qu'il a soignée et le traitement qu'il a prescrit. » De même, la Cour d'Aix, dans un arrêt du 19 mars 1902, au sujet d'un médecin qui, cité comme témoin, avait dans sa déposition violé le secret professionnel, s'exprimait ainsi : Attendu que le jugement fait valoir enfin que le prévenu, *dont la probité professionnelle avait été mise en suspicion*, était autorisé à fournir toutes les explications nécessaires à sa défense ; que

c'est là une considération qui vaut comme atténuation, mais qui est inefficace au point de vue de l'existence du délit. »

Aussi bien une conclusion s'impose-t-elle.

Le médecin qui verra rechercher en justice sa responsabilité à propos d'une maladie où il n'y a eu confidence ni implicite ni explicite, peut se défendre sans crainte d'encourir, par une révélation du secret professionnel, une responsabilité pénale ou civile.

La question est plus douteuse s'il y a eu secret en raison de la maladie même ou de par la volonté du client. En ce cas, la responsabilité civile du médecin ne semble pas exposée, mais sa responsabilité pénale peut courir quelque risque.

Maintenant, dans la pratique, il sera difficile d'établir s'il y a eu secret ou non ; mais ce sont là questions de fait qui peuvent varier à l'infini et dans l'examen desquelles il est, pour ainsi dire, impossible d'entrer.

Joseph DE SAINT-MARC.

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Encore et toujours les compagnies d'assurances accidents.

Pourquoi, lorsqu'ils réclament les honoraires, qui leur sont si légitimement dus, nos confrères trouvent-ils toujours, pour leur chercher chicane, les groupements financiers que sont les compagnies d'assurances contre les accidents ? Pourquoi cette lutte constante lorsqu'il s'agit de se faire payer des soins donnés aux ouvriers blessés ?

Alors que le patron, responsable de par la loi, est prêt à s'exécuter et à reconnaître le dévouement des médecins et leur intervention active et efficace auprès des victimes du travail ; alors qu'il a été témoin du désintéressement de ces praticiens, des difficultés qu'ils ont eu à vaincre pour remplir consciencieusement leur mission humanitaire, pourquoi la compagnie d'assurances surgit-elle, opposant un honteux marchandage pour restreindre la rémunération de soins qui, eux, ont été prodigués sans compter ?

Pourquoi la lutte perpétuelle ?

L'explication de cet état de choses se trouve dans ce fait, impossible à contester, c'est que, organisées pour *faire des bénéfices*, pour *gagner de l'argent*, les sociétés d'assurances ne peuvent faire autrement et sont absolument dans leur rôle. Pour arriver au but qu'elles se proposent d'atteindre, il est indispensable qu'elles tirent bénéfice, qu'elles exploitent par conséquent les assurés, les blessés et les médecins. Le premier argent gagné étant l'agent qui ne sort pas de la caisse, il importe de verser le moins possible. Il ne s'agit pas de rémunérer à son prix le service rendu, il faut le payer le moins qu'on pourra, ce sera autant de gagné.

Les médecins doivent-ils se plier aux conditions que veulent imposer les Cies ? Accepter les minces honoraires qu'elles octroient, sous le prétexte qu'elles trouvent des confrères qui s'en déclarent satisfaits ? On sait qu'au « Sou Médical » on ne le pense point, et les juges, que nous appelons à donner leur avis, ne nous donnent pas tort. Ce que nous demandons, en somme, c'est de ne pas être exploités, de même que nous répudions, chez les nôtres, toute idée d'exploitation quelconque. Ce que nous réclamons avec ténacité, c'est la *justice* et la *liberté*.

Nous voulons que nos honoraires soient équitablement établis, nous voulons aussi que jamais les médecins ne soient imposés aux blessés.

Les compagnies pensent autrement ; elles déclarent « qu'elles entendent lasser la résistance des médecins ».

Pour y arriver tous les moyens sont bons. Aussi assistons-nous, au secrétariat du « Sou Médical » aux faits les plus extraordinaires, les plus révoltants, tant ils sont parfois odieux, car l'ouvrier blessé reste trop souvent la victime des résistances que les médecins font aux compagnies.

Les sociétés d'assurances font chasser des ateliers les ouvriers qui ont été la cause involontaires des difficultés survenant entre elles et les médecins qui leur ont donné des soins.

*
* *

Accaparer l'ouvrier blessé, le diriger vers le médecin particulier de l'assurance, telle est la tactique actuelle.

L'ouvrier cherche-t-il à s'émanciper et à se soustraire à cette *direction de confiance*, il est broyé et perd son travail. Dans maintes circonstances déjà, des confrères auraient poursuivi les patrons, agents inconscients je veux bien le croire des Cies d'assurances (ne se croient ils pas liés par leurs polices et tenus d'envoyer les blessés à tel médecin plutôt qu'à tel autre), nos confrères, dis-je, ont toujours été arrêtés par la situation qu'ils allaient créer à leurs clients exposés, par cela même, à perdre leur travail.

*
* *

Laissez-moi vous raconter un fait personnel. Un ouvrier, nommé Degrigny, travaillait dans une usine de Bezons.

Il se blesse à la main, et son patron, obéissant aux indications de son assureur, de l'adresser aussitôt au Dr A.., de Bezons, médecin désigné par la Cie. Comme cet ouvrier est domicilié à Argenteuil, qu'il est mon voisin (il y a quatre kilom. entre Bezons et Argenteuil), que d'autre part je suis le médecin de sa famille, il vient me demander de le soigner, ce que j'accepte de faire. Devais-je prévenir le médecin de l'assurance ? Je ne le crois pas, ce confrère se faisant envoyer les blessés sans se préoccuper de savoir si ces blessés ont un médecin habituel. Quoi qu'il en soit, je le prévins ; ne vaut-il pas mieux pécher par excès d'égards que par défaut ?! Le confrère réclama son blessé, non à moi, mais à l'assurance, et cette dernière fit intimer l'ordre au blessé de retourner au cabinet du Dr A... Comme mon client s'y refusait, que d'un autre côté il ne voulait pas consentir à laisser défaire son pansement en dehors de ma présence, on le prit par la famine et il se vit refuser le demi-salaire accordé par la loi pendant toute la durée de l'incapacité de travail. J'ai dû faire à ce malheureux l'avance de 85 francs, pour l'empêcher, lui et sa famille, de mourir de de faim, pendant qu'il introduisait une instance devant le juge de paix pour le paiement de son indemnité journalière. La Cie fut condamnée. Vous croyez que cela a suffi et qu'elle s'est de suite exé-

cutée ? Que non ! Il a fallu aller jusqu'à la signification et à la menace de saisie ; elle n'a consenti à payer que devant cette ferme attitude. Ce n'est pas tout, hélas, l'ouvrier, guéri, veut reprendre son poste de travail, les ateliers de l'usine lui sont fermés... J'ai dû pour le faire réintégrer dans sa place, intervenir auprès de M. L... membre de l'Institut, directeur technique de cette usine, en le priant d'user de sa haute autorité pour qu'une injustice aussi flagrante ne soit pas commise. Cet ouvrier était, en définitive, puni pour avoir usé du droit que lui confère la loi de librement choisir son médecin.

Que diront les « ratiocineurs et autres abstracteurs de quintescence » du Sénat ou d'ailleurs devant ce fait « brutal » ?

Il n'est pas isolé, et chacun d'entre nous en a plusieurs à conter. Que des délits de ce genre ne restent donc pas impunis !

Il faut que la loi que vont modifier les Chambres ait une sanction inscrite dans son texte. Il y est déjà inscrit que 15 francs d'amende seront infligés au patron qui, par négligence ou oubli, aura omis de faire la déclaration d'un sinistre, serait il possible de violer la loi d'une façon aussi flagrante, sans encourir aucune peine?

Ma chronique est déjà longue, mais mon sujet est loin d'être épuisé, vous m'excuserez donc si vous lisez bientôt comme manchette à un prochain article : « Encore les assurances contre les accidents ».

Dr de GRISSAC

Secrétaire général du « Sou Médical ».

REPORTAGE MÉDICAL

L'Ecole Dentaire Française, 29, boulevard Saint-Martin, a réuni, dans son banquet annuel, son corps enseignant, ses anciens élèves, ses élèves actuels. Le docteur Rousseau, directeur général, chirurgien-dentiste des Hôpitaux (Salpêtrière), dans un discours très applaudi, a fait ressortir les progrès de l'art dentaire en France et la marche croissante de cette Ecole qui attire de nombreux élèves par sa méthode d'enseignement excellente à tous égards, ainsi que le prouve leur succès aux examens définitifs de la Faculté de médecine, pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste. Plus de 400 élèves ont subi ou se préparent à subir ces examens ; sa prospérité est donc le résultat logique de sa parfaite organisation. D'autres discours, non moins goûtés, non moins applaudis, ont été prononcés par des Professeurs, chefs de clinique, élèves même. Les « Fabricants et les Fournisseurs » de tout ce qui intéresse l'art dentaire assistaient à cette fête de famille ; ils ont honoré les meilleurs élèves de prix magnifiques et nombreux, de valeur pratique, professionnelle. Des médailles d'or, de vermeil, d'argent, de bronze ont été données par le Directeur. Cette cordiale réunion de près de 200 personnes s'est terminée par un bal et des intermèdes artistiques. Nous ajoutons avec plaisir que le docteur Rousseau, l'un des plus anciens membres du « Concours Médical », accueille avec la meilleure confraternité les Confrères qui veulent bien s'adresser à lui pour tout ce qui concerne l'enseignement des études en art dentaire.

Une médaille de plus. — Nous en avions déjà pour le travail, l'hygiène, la mutualité, pour les postes, les télégraphes, le commerce, en un mot pour la plupart des services qui se voient consacrer un bureau spécial dans les ministères, et les employés de ceux-ci donnent le plus clair de leurs travaux à classer les dossiers des candidats à toutes ces distinctions.

La direction de l'assistance au Ministère de l'Intérieur vient d'obtenir la même faveur par le décret ci-dessous.

Le Président de la République française ;

Vu l'arrêté du ministre de l'intérieur du 14 août 1886 ;

Sur la proposition du président du conseil, ministre de l'Intérieur et des cultes,

Décrète :

Art. 1er. — Les personnes qui se sont particulièrement distinguées par leurs services et leur dévouement à la cause de l'assistance publique peuvent recevoir un diplôme et une médaille d'honneur.

Art. 2. — Le diplôme et la médaille sont décernés par arrêté du ministre de l'intérieur, sur la proposition du directeur de l'assistance de l'hygiène publiques.

En cas d'indignité dûment constatée, la médaille peut être retirée dans la forme où elle a été accordée.

Art. 3. La médaille est en bronze, en argent ou en or, d'un module de 27 millimètres.

La médaille de bronze et d'argent est suspendue par une bélière à un ruban blanc et jaune.

La médaille d'or est suspendue au même ruban agrémenté d'une rosette.

Art. 4. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 31 décembre 1903. EMILE LOUBET.

Par le Président de la République :

Le président du conseil,
ministre de l'intérieur et des cultes
E. COMBES.

Pour les mutualistes. — Dans sa dernière séance, le Comité de la section rochelaise de la Ligue des droits de l'homme a été saisi d'une très intéressante question. Voici les faits :

Dans une commune voisine de La Rochelle, fonctionnait, depuis trente ans, une Société de secours reconnaissant à ses membres le droit d'appeler, en cas de maladie, un médecin de leur choix, pourvu que ce dernier consentît à accepter les conditions de paiement fixées par le Bureau.

Subitement, à la suite de faits sur lesquels il n'y a pas lieu de revenir maintenant, la Société modifie ses statuts, et, à une majorité de quelques voix seulement, décide qu'à l'avenir elle n'aura qu'un seul médecin.

Là-dessus, scission, tous ceux qui ne partageaient pas cette manière de voir se retirent et fondent une nouvelle Société.

Un mutualiste malade n'avait pu assister à la réunion, et ne crut pas devoir se retirer, mais, faisant partie de la Société depuis trente ans, n'y étant entré que parce qu'il avait le droit de choisir son médecin, il proteste contre la mesure prise à l'improviste, sans qu'elle fût motivée par les nécessités du bon fonctionnement de la Société ; son cas a été soumis à la Ligue. Cette dernière a pensé que l'affaire ayant été portée devant les tribunaux, elle n'avait pas à intervenir ; confiante en l'esprit de justice et d'équité qui inspire notre magistrature, elle est convaincue que la cause sera examinée avec soin et solutionnée avec la plus grande impartialité ; mais la Section rochelaise a décidé de s'adresser au Comité, et, tirant de ce cas particulier des considérations générales, elle a émis l'avis que toute Société de secours mutuels fondée sur le principe du libre choix du médecin, fût tenue de considérer comme fondamental, et ne pouvant être modifié en cours de fonctionnement, l'article qui aurait posé ce principe. (*Sémaphore de l'Ouest.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs de LIGNEROLLES, du Havre et LECORNEY, de Beuzeville (Eure), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 5 30 JANVIER 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

Procès-verbal de la séance du 21 janvier 1904.

Présents : MM. GASSOT, JEANNE, CÉZILLY et MAURAT.

Le Conseil s'occupe de la question de la révision de la loi sur les accidents du travail et proposera, d'accord avec l'Union des Syndicats, les éléments d'une réponse au rapport de la Commission du Sénat (Rapport Chovet). Il déclare s'en tenir au texte déjà proposé et repousse de la façon la plus formelle, l'application du caractère forfaitaire qu'on veut introduire dans la loi en matière de soins médicaux et de tarifs d'hospitalisation. Il se tiendra à la disposition du groupe parlementaire.

Le Conseil s'occupe ensuite des abus de l'assistance médicale gratuite, remis en question par les critiques formulées à la tribune du Sénat; il décide de publier une étude tendant à démontrer que le bon fonctionnement des services ne peut être obtenu que par l'entente entre les syndicats et les pouvoirs publics.

Le Conseil s'entretient des modifications proposées dans les œuvres de prévoyance confraternelle et, notamment, des modifications projetées par la création d'une combinaison C. à l'Amicale et d'une combinaison à capital réservé pour la Caisse des pensions.

Il prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

PROPOS DU JOUR

L'aristocratie médicale et les Syndicats

L'esprit de chapelle et de coterie, qui règne autour des personnalités de certains milieux officiels du monde médical s'accommode mal des décisions adoptées par les Syndicats, au nom de l'équité et de l'intérêt général. Aussi pousse-t-il sournoisement contre ces groupements une lutte grave par ses conséquences, car elle prend fatalement la forme de la *lutte de classes* qui produira dans nos rangs les mêmes résultats que ceux qu'elle engendre dans la société française. Nous qui prêchons toujours la concorde, nous déplorons cette attitude de ceux qui croient encore appartenir à une aristocratie professionnelle et se livrent, du haut de leur puissance d'un jour, à des campagnes d'agression, de rancune et de malveillance.

Nous sommes de tout cœur avec le président du Syndicat médical de Lille dans la protestation suivante, qu'il rend publique par le *Nord médical* :

Lille, le 21 décembre 1903.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF

Veuillez accorder à l'un de vos lecteurs l'hospitalité de votre journal pour lui permettre d'adresser à l'un des vôtres, au nom du Corps médical de Lille, un témoignage de vive sympathie à l'occasion d'une mesure inique qui vient de le frapper (1).

M. le Professeur Doumer, chargé d'un service de consultations d'électrothérapie à l'hôpital Saint-

(1) M. le Pr Doumer est un des fondateurs du *Nord Médical*. (N. D. L. R.)

Sauveur, a été avisé, par l'Administration des Hospices que, cette consultation ne répondant plus à ce qu'en attendait la Commission administrative, il aurait à la suspendre le 1er janvier 1904 et à faire, à cette date, remise des locaux occupés par lui.

Cette nouvelle, rapidement répandue dans le Corps médical, y provoqua un mouvement unanime de protestation. Tous les médecins lillois connaissent, en effet, de longue date, le Dr Doumer ; tous rendent hommage à son affabilité, à sa grande modestie, à sa puissance de travail et à sa valeur scientifique. Ils savent que de son laboratoire et de sa clinique sont sortis des travaux nombreux, qui ont fait admettre l'électrothérapie au rang des méthodes les plus efficaces dans le traitement d'affections variées, telles que : la neurasthénie, les affections de la peau (eczéma, lupus), les fissures à l'anus. l'entérite muco-membraneuse, etc. ; et peut-être le cancer, bien que, pour ce dernier, la question soit encore à l'étude.

Aussi, la fermeture de cette clinique, qui prive le savant chercheur qu'est M. Doumer de son meilleur champ de travail, a-t-elle suscité chez tous ses amis une réelle indignation.

Puis, tous se demandèrent quel crime leur collègue avait bien pu commettre pour justifier une mesure aussi draconienne à son égard.

Cette question, qui était dans toutes les bouches, a été portée devant le Syndicat médical de Lille et de la région. Je ne crois pouvoir mieux faire, pour éclairer vos lecteurs, que de leur donner un compte rendu sommaire de la séance du 18 décembre, à laquelle j'assistais et où fut posée la question.

L'un des membres du Syndicat ayant écrit au Président pour le prier d'éclairer en séance ses confrères sur le bruit qui courait en ville de la suppression de la consultation du Dr Doumer, et sur les motifs qui pouvaient avoir motivé cette suppression, le Président fit en substance la communication suivante : « Au reçu de la lettre que que je viens de vous lire, je me suis rendu chez le Dr Doumer pour l'informer de la question de notre collègue et le prier de vouloir bien assister à la séance de ce soir, pour nous donner les explications nécessaires. — Celui-ci m'a répondu, et m'a, en même temps, chargé de vous dire que, désireux de laisser le Syndicat discuter en toute liberté sur la mesure qui le frappe, il préférait ne pas se rendre au milieu de nous, afin que sa présence n'empêchât pas toutes les opinions d'être émises publiquement et discutées de même.

Néanmoins, il m'a fourni quelques renseignements sur la création et le fonctionnement de son service, renseignements dont je vous donnerai connaissance si vous le jugez utile.

J'arrive au fait lui-même.

M. Doumer a été avisé que son service d'électrothérapie ne répondant pas à ce qu'en attendait l'Administration des Hospices, il serait supprimé à partir du 1er janvier 1904, jour où il aurait à faire remise des locaux à l'Administration ou à son représentant. Tel est le sens, sinon le libellé exact de la lettre que j'ai lue, mais dont je n'ai pas pris copie.

Comme vous le voyez, l'Administration n'a fait à notre collègue l'honneur, ni de formuler les motifs qui l'avaient décidée à prendre cette mesure contre lui, ni de l'appeler à fournir des explications. Néanmoins, le public médical a appris depuis, par des conversations, quels étaient les griefs de l'Administration.

Ces griefs ou prétendus tels sont, je crois, au nombre de trois :

1° Il n'y a pas de malades à la consultation d'électrothérapie ;

2° M. Doumer ne fait pas son service régulièrement;

3° Il introduit dans son service des personnes étrangères non agréées par l'Administration.

I. — Au premier, le Dr Doumer répond :

Le nombre des malades en traitement dans mon service oscillait, pour les dernières années, entre 350 et 430 ; cette année il est, au 12 décembre, de 480. Je tiens mes registres à la disposition de l'Administration.

II. — Au deuxième grief, il répond : Je fais très régulièrement mon service, c'est-à-dire que j'y viens chaque jour sans presque jamais manquer. Cette année je n'ai pas pris de vacances. Quel est le chef de service qui pourrait en dire autant et qui ne laisse jamais le soin de ses malades à son chef de clinique et à ses internes ? Je fais donc mon service : j'y suis d'ailleurs forcé, comme vous allez le voir par la réponse qui suit.

III. — Troisième grief. Introduction de personnes étrangères. Je réponds : Il se trouve que, seul des professeurs de la Faculté chargés d'un service hospitalier, je n'ai ni chef de clinique, ni interne, ni externe. Je dois à la vérité de dire que j'ai eu, au début (en 1892), des externes; mais, depuis de longues années, je n'en ai plus, car on a fait le vide autour de moi en boycottant mes élèves aux examens. Ceux-ci, par crainte d'un échec, sont obligés de me fuir.

J'ai, comme personnel, mon garçon de laboratoire de la Faculté ; deux externes bénévoles, étudiants en pharmacie ; un aide de clinique, qui est un confrère qui, bénévolement aussi, m'a offert de m'assister tout en s'initiant à l'électrothérapie.

Cet état de choses ne date pas d'hier, il dure depuis plusieurs années, puisque avant le docteur M..., Messieurs les docteurs XXX...., ont passé par mon service et rempli les mêmes fonctions. Jamais, jusqu'à ces dernières semaines, l'Administration ne m'avait fait la moindre observation.

Vous voyez qu'avec un personnel comme celui-là, je dois et je suis obligé de faire tout ou presque tout par moi-même : je le fais, puisque mes malades sont satisfaits et qu'aucune plainte n'a été portée contre moi.

. . . .

« Tels sont, Messieurs, les motifs allégués par l'Administration des hospices contre M. Doumer et la réponse que celui-ci y fait.

Si ces motifs étaient les vrais et les seuls, il semblerait que le Syndicat ne devrait pas trop s'émouvoir de la fermeture de cette consultation, mais la considérer comme résultant d'un conflit entre l'administration et l'un de ses fonctionnaires. — Notre rôle de syndicat serait-il d'intervenir ? Peut-être oui, peut-être non ? — Mais (il y a un mais) d'autres motifs existent que l'on dissimule et qui sont, eux, les seuls vrais.

Ces motifs sont de deux ordres : politiques ; professionnels.

I. — *Motifs politiques.* — Vous savez tous que le docteur Doumer se trouve à la tête d'une organisation politique très vivante. Cette organisation porte-t-elle ombrage à certains collègues de la Faculté et à certains administrateurs des hospices ? Je vous signale le fait sans y insister, car nous n'avons pas ici à connaître la vie politique de nos confrères.

II. — *Motifs professionnels.* — Ici, vous l'avez depuis longtemps deviné, sont les véritables griefs qui expliquent la mesure prise contre M. Doumer. Celui-ci est syndiqué ; il fait, à la faculté, partie de l'opposition à certain bloc qu'il est inutile de nommer. Il s'est en toutes circonstances solidarisé avec nous : il était tout désigné pour servir de cible à ses coups !

Je vous laisse le soin d'estimer, de discuter, jusqu'à quel point la décision qui frappe M. Doumer, frappe du même coup notre syndicat, et de décider s'il y a lieu pour nous d'intervenir dans le débat. »

. . . .

A la suite de cet exposé s'ouvrit une discussion à laquelle prirent part presque tous les membres du syndicat, — des faits nombreux, anciens et récents, et même des projets en voie d'élaboration furent cités qui vinrent corroborer l'opinion exprimée par la plupart des assistants ; le Syndicat considère la suppression du service de M. Doumer comme faisant partie d'une série de mesures prises contre

lui-même, mesures destinées à affaiblir le corps médical tout entier et à l'asservir à une minorité, aujourd'hui en faveur et toute puissante. La discussion se termina par la rédaction et le vote de l'ordre du jour suivant :

Le *Syndicat médical de Lille et de la région*, réuni en assemblée générale le 18 décembre 1903, émet à l'*unanimité* un ordre du jour de protestation à propos de la mesure injustifiée prise contre M. le docteur Doumer, dont la consultation d'électrothérapie de l'hôpital Saint-Sauveur se trouve supprimée malgré les services considérables qu'elle a rendu depuis 1892 à la classe pauvre de la ville de Lille.

Le Syndicat décide de porter le fait devant la *Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais.*

Il nomme une délégation composée de MM. les docteurs Cochet, Coppens et Lambin chargée de porter le présent ordre du jour à la connaissance de la Commission administrative des hospices de Lille, et de demander la réintégration de M. le docteur Doumer dans son service.

....

Je pourrais clore ma lettre après vous avoir donné connaissance de cet ordre du jour qui montre en quelle estime le docteur Doumer est tenu par ses collègues du Syndicat. Mais il est nécessaire que je vous cite quelques faits qui montrent bien combien est odieuse et injuste la décision de l'Administration des hospices, et quelle lourde faute ont commise ceux de ses membres, qui sont en même temps professeurs et Doyen de la Faculté de médecine. Je demande pardon à M. Doumer de divulger ces détails, sa modestie me blâmera, mais il faut que la vérité soit dite tout entière.

Le service d'électrothérapie créé en 1892 dans une salle de l'hôpital Saint-Sauveur, fut, après l'incendie de l'hôpital, transporté dans le local actuel.

L'administration accorda pour tout crédit une somme de 1.800 francs, la Faculté de médecine une somme égale, le Recteur, quelques années plus tard, une somme de 3.000 francs.

C'est avec ces modestes subsides (6.600 fr.) que M. Doumer créa le service. Nul de vos lecteurs n'ignore que la somme dont il disposait était absolument insuffisante pour installer un service complet d'électrothérapie, muni des instruments les plus puissants et les plus variés. Il acheta donc de ses deniers la plus grande partie des machines qui se trouvent dans les salles de consultation et qui servaient jusqu'aujourd'hui au traitement des pauvres.

La Commission des Hospices et l'Administration de l'hôpital Saint-Sauveur en particulier, ne pouvaient ignorer ces faits. Ils n'ignorent pas non plus que ce service a fonctionné sans coûter un sou à la caisse des hospices, et qu'au contraire il lui rapportait, puisqu'il percevait un droit de 0 fr. 50 sur chaque malade non-indigent qui était soumis au traitement électrique.

Enfin, les travaux nombreux publiés par le Dr Doumer (travaux dont les éléments ont été réunis dans ce service de Saint-Sauveur) ont fait connaître universellement son nom dans le monde de l'électrothérapie où il fait autorité, — ils ont, par suite, concouru au bon renom de la Faculté de Médecine de Lille, — et ils ont valu à leur auteur, des témoignages d'estime et de considération. Aussi son service reçut-il, dans ces dernières années, la visite de médecins français et étrangers venus de tous pays, pour voir et étudier les procédés du maître, se convaincre de l'exactitude et de la réalité de la découverte. Ce fut en particulier les docteurs Cellier, de Laval ; Leuillieux, de Conlie ; Guilloz, de Nancy ; Castex, de Rennes ; puis, MM. Brown et Wertheim-Salomson, d'Amsterdam ; Baudet, de La Haye : Brongersma, de Berlin ; Huet, de Harlem ; De Buck et Vanderlinden, de Gand ; Everard, de Mons ; Eid, du Caire ; Jaime Costa, de Buenos-Ayres : Daubin, de Bilbao ; Leun, de Bruges ; etc., etc.

Tous ces médecins sont-ils venus à Lille de si loin pour voir un service sans malades, une clinique sans intérêt, un professeur toujours absent ?

Non, s'ils sont venus, c'est qu'ils connaissaient la valeur du maître, qu'ils appréciaient ses travaux, et qu'ils voulaient étudier, à la source, des choses réellement intéressantes.

Je m'arrête, ne voulant pas fatiguer vos lecteurs, ni abuser de votre hospitalité. Je formule, en terminant, le vœu que l'administration des hospices de Lille veuille bien reconnaître un jour qu'elle a commis une mauvaise action, dont la seule excuse est que sa bonne foi a été surprise par des gens intéressés à nuire à M. Doumer.

Veuillez agréer, etc...

Dr Hochstetter.

LA SEMAINE MÉDICALE

Du rôle étiologique des maladies infectieuses dans l'appendicite.

D'après M. le Dr Ch. Bardon, dans sa thèse, l'appendice vermiforme est, par sa constitution histologique, prédisposé aux localisations infectieuses comme les autres organes lymphoïdes.

Il existe des appendicites héréditaires et familiales, qui peuvent s'expliquer par l'influence du milieu et de l'hygiène, mais aussi par la transmission d'une malformation appendiculaire et le défaut de résistance à l'infection ; cette notion de l'infection est notoire dans beaucoup d'appendicites familiales, dont la cause paraît souvent méconnue, et dans les appendicites épidémiques.

Une infection larvée peut se manifester par une crise appendiculaire aiguë, ou une infection aiguë laisser à sa suite des lésions appendiculaires latentes susceptibles d'évoluer ultérieurement ; l'autopsie a révélé des lésions histologiques de l'appendice au cours de maladies infectieuses qui ne s'étaient compliquées d'aucune crise d'appendicite. Dans l'un et l'autre cas, il n'est pas toujours facile de rattacher le syndrome à sa véritable origine, et il est vraisemblable que beaucoup d'appendicites qui paraissent relever de causes banales sont sous la dépendance, directe ou indirecte, d'une infection antérieure ou concomitante.

Les microbes retrouvés au niveau de l'appendice peuvent être les microbes de l'infection causale ; mais dans la grande majorité des cas, c'est le coli-bacille ou ses variétés qu'on doit incriminer.

La crise appendiculaire aiguë fait souvent défaut dans certaines maladies infectieuses comme la variole et l'érysipèle, et les symptômes de l'appendicite larvée doivent alors être recherchés avec soin.

Le facteur principal de l'appendicite est la grippe.

Puis, viennent la fièvre typhoïde, les infections gastro-intestinales, si souvent subordonnées elles-mêmes à un processus général infectieux, les angines, les fièvres éruptives, les infections biliaires, thoraciques, abdominales, et diverses autres infections, de nature bien déterminée, comme la diphthérie, ou indéterminée, comme les oreillons, le rhumatisme articulaire aigu.

L'appendicite de cause générale est très fréquente, et, dans ce cas, il y a lieu d'instituer, indépendamment de tout autre traitement, un traitement général.

L'opothérapie rénale.

M. le Prof[r] J. Renaut, de Lyon, a fait, le mois dernier, à l'Académie, une très importante communication sur les fonctions physiologiques des épithéliums des tubes contournés du rein et sur les résultats thérapeutiques que l'on peut obtenir par l'utilisation de ces propriétés.

L'écorce rénale, dit M. Renaut, est essentiellement formée d'une infinité de glandes en tube, représentées chacune par un tube contourné dont l'épithélium jouit de l'activité sécrétoire partout, sauf dans l'anse descendante et la boucle de Henle.

Les rayons médullaires et les tubes de Bellini qui font suite à ceux-ci sont de simples canaux excréteurs. Quant au glomérule, il diffuse électivement le plasma urinaire, émis comme un courant où se dissolvent les produits de sécrétion des cellules à cuticule striée De nombreuses expériences faites par M. Raphaël Dubois et par les élèves de M. Renaut, Regaud et Policard, on peut conclure ce qui suit :

1° La macération de rein, appliquée aux malades atteints d'insuffisance urinaire, constitue l'une des médications les plus actives et les plus efficaces qu'on ait proposées jusqu'ici. Mieux que n'importe quel moyen connu, elle ouvre le rein annulé par l'œdème anémique. Elle le fait rapidement et sûrement, même alors qu'on n'a pas fait précéder son emploi de la déplétion rénale obtenue par une application de sangsues au triangle de J.- L. Petit. Elle exerce avec rapidité des effets diurétiques intenses Quand elle est prolongée suffisamment, elle ramène l'émission urinaire à sa normale et elle l'y maintient Elle le fait sans exercer aucune vulnération sur le rein malade.

2° Cette méthode a sur la plupart des autres cet avantage qu'elle réduit sûrement l'albumine émise par le rein insuffisant tout en remettant celui-ci en pleine activité. Elle peut même faire disparaître l'albumine pendant de longues périodes. Elle pourrait, en conséquence, avoir des chances de favoriser, par le repos fonctionnel prolongé, la restauration des épithéliums rénaux d'ordre glandulaire, dans les cas, en somme assez nombreux, où une telle restauration est histologiquement possible.

3° C'est là, comme l'a découvert et indiqué d'emblée Raphaël Dubois, une méthode antitoxique au premier chef. L'antitoxine consiste dans les préproduits de la sécrétion glandulaire des cellules épithéliales des tubes contournés à bordure en brosse. Le fait capital indiqué par R. Dubois consiste dans ce que cette antitoxine n'est pas détruite en passant dans le tube digestif ; ce fait a seul permis de l'appliquer à la thérapeutique rénale. Introduite *per os* dans l'organisme, elle y exerce de véritables effets de désintoxication. Elle peut, en revanche, soit dès son introduction, soit par son accumulation dans le milieu intérieur, provoquer de petits accidents subtoxiques (prurit, urticaire, miliaire, crises sudorales, et au bout d'une dizaine de jours un peu d'embarras gastrique) ;

4° A part cela, elle n'a jamais déterminé, dans les nombreux cas où moi et mes élèves l'avons mise en jeu, d'accidents réels. Elle a au contraire exercé son action de désintoxication de façon progressive et régulière à peu près sans incident. L'hypertension artérielle, le galop de Traube, la tendance du cœur des brightiques interstitiels à la dilatation passive terminale ont toujours rétrogradé sous son influence, pourvu que cette dernière ait été maintenue suffisamment prolongée.

5° C'est donc là une méthode thérapeutique qu'il faut introduire dans l'usage courant et même mettre en jeu dès le début dans toutes les néphrites. Non qu'il faille la substituer seule aux autres moyens thérapeutiques reconnus jusqu'ici utiles ; il convient seulement de l'adjoindre à ces moyens, toutes les fois notamment que ceux-ci ne lèvent pas une insuffisance rénale, surtout si elle est parvenue à la période d'intoxication soit préurémique, soit urémique confirmée.

Le seul inconvénient réel de cette méthode consiste dans la nécessité de préparer quotidiennement et convenablement la macération du rein.

Les injections hypertoniques sulfatées.

M. le D[r] Marciteau, des Herbiers (Vendée), a étudié pour sa thèse, sous la direction de M. le D[r] Achard, l'action des injections hypertoniques de sulfates sous-cutanées, sur l'élimination de l'urine et sa composition, au cours des maladies s'accompagnant d'oligurie et de rétention chlorurée. M. Marciteau s'est servi d'une solution de sulfate de soude à 1/10, fortement hypertonique, puisque son point de congélation, après stérilisation à l'autoclave, est $\Delta = -1°26$, et il a injecté à chacun de ses malades 1 litre de cette solution, c'est-à-dire 100 gr. de sulfate de soude hydraté, soit 44 gr. de sulfate de soude anhydre.

Ces injections déterminent des échanges d'eau entre les liquides interstitiels et le sang, en vue de ramener à l'isotonie les humeurs de l'organisme: il y a d'abord appel d'eau du sang vers les tissus, et par suite, concentration du sang. Puis le mécanisme régulateur intervient pour rendre au sang sa composition normale ; l'eau qu'il avait prêtée au tissu lui revient, et à la phase de dilution sanguine. Ces effets sont nets chez les sujets atteints de maladies aiguës ou d'affections rénales.

L'introduction supplémentaire de sulfates dans l'organisme, chez des malades en état de rétention chlorurée, peut aggraver l'œdème.

Les sulfates, n'étant pas retenus dans l'organisme comme les chlorures, s'éliminent en totalité, et entraînent de ce fait une certaine quantité d'eau : la diurèse est plus accentuée après l'emploi des injections hypertoniques qu'après une injection hypotonique.

Cette diurèse ne s'accompagne pas d'augmentation de l'excrétion chlorurique. Souvent même les chlorures urinaires diminuent légèrement après l'injection.

Les injections de solution chlorurée isotoniques n'augmentent pas l'excrétion chlorurique. Une injection chlorurée hypertonique détermina de la polyurie et, parallèlement, l'élimination d'une plus grande quantité de chlorures. Il est à noter que, seule, une partie du sel introduit artificiellement s'élimine, que l'injection n'a aucune action sur le chlore déjà retenu par l'organisme et qu'elle n'avance nullement la date de la crise chlorurique.

Quant à la diurèse provoquée par les injections hypertoniques, elle ne paraît avoir aucune influence favorable sur l'évolution des maladies.

Toxicité des viandes

Dans sa thèse de doctorat, M. le Dr A. Arnal a étudié les causes de la toxicité des viandes et en particulier de la viande de porc.

Cette toxicité, dit-il, est due à la présence de microorganismes. Ces microbes sont, d'abord et dans tous les cas, le coli-bacille ou plusieurs espèces voisines du coli-bacille présentant la plupart des réactions de ce microbe, en second lieu des streptocoques et des staphylocoques qui ne jouent qu'un rôle d'association. En effet, dans toutes les viandes toxiques, on a trouvé le coli-bacille et, à titre secondaire, une fois sur deux en moyenne, le streptocoque et le staphylocoque.

On trouve aussi le bacillus botulinis, microbe anaérobie, qui existe dans les charcuteries, surtout en Allemagne. Cela provient d'un défaut de salaison ou plutôt d'un manque de propreté dans la fabrication des charcuteries.

Viennent enfin tous les microbes de la putréfaction qui, par eux-mêmes ou par leurs toxines, ne procurent pas d'accidents, mais qui favorisent l'infection d'une viande par le coli-bacille.

Comme prophylaxie, le coli-bacille existant dans toutes les viandes insalubres et se développant dans les viandes quelquefois saines, mais dans un état avancé de putréfaction, c'est contre lui que doivent se porter tous nos efforts pour enrayer ses ravages ; et pour cela il faut être impitoyable pour la saisie des viandes dans les boucheries. Pendant l'été, la putréfaction étant plus rapide, il faut redoubler de prudence.

Somme toute, la viande de porc n'est pas plus toxique que les autres et est aussi nourrissante ; la vente doit en être autorisée en toute saison.

Le cœur des tuberculeux

M. le Dr Jules Sequer a étudié dans sa thèse les modifications subies par le cœur au cours de la tuberculose pulmonaire chronique ; ces modifications sont de trois ordres : atrophie, dilatation, hypertrophie.

L'hypertrophie du muscle cardiaque coïncide le plus souvent avec la tuberculose fibreuse du poumon ; d'ordinaire elle relève de complications survenues pendant la maladie (emphysème, sclérose pulmonaire, symphyse pleurale, lésions rénales).

Le cœur petit s'observe en majorité chez les tuberculeux jeunes, ou chez les phtisiques ayant succombé à des lésions ulcératives, rapidement mortelles.

On peut trouver le cœur normal chez les tuberculeux âgés ou porteurs de lésions tuberculeuses anciennes et relativement bénignes, ou encore chez les tuberculeux jeunes ou adultes, atteints de lésions à marche chronique, même étendues, mais s'étant laissé influencer par le traitement.

La dilatation du cœur droit est plus fréquente que ne l'ont dit un grand nombre d'auteurs.

Elle semble porter, le plus souvent, à la fois sur le ventricule et sur l'oreillette et s'observe surtout dans la phtisie fibreuse.

Elle paraît résulter du rétrécissement du champ circulatoire, par suite de l'existence de causes toutes mécaniques.

(Emphysème, sclérose pulmonaire, symphyse pleurale totale ou partielle, atélectasie).

L'abaissement de la tension artérielle est un phénomène constant dans la tuberculose pulmonaire.

Cette hypotension existe dans toutes les formes de tuberculose et à toutes les phases de la maladie.

C'est de plus un phénomène précoce qui peut être d'une grande valeur diagnostique en l'absence de tout signe pulmonaire. Elle est le résultat de l'intoxication de l'organisme par les poisons tuberculeux et par les toxines des microbes des infections secondaires.

La tachycardie, très fréquente au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, n'est que la conséquence de l'hypotension artérielle. Elle est due, le plus souvent, comme cette dernière, à l'action des virus tuberculeux. Jointe à l'abaissement de la tension artérielle, elle peut rendre de véritables services, pour le diagnostic et le pronostic.

L'instabilité du pouls est un phénomène constant dès le début et au cours de la tuberculose. Indépendante de la tachycardie, elle semble due à l'abaissement de la tension et à la parésie des vaisseaux.

CLINIQUE ORTHOPÉDIQUE

Hôpital Trousseau : M. le Professeur Kirmisson.

La paralysie infantile au point de vue chirurgical.

La paralysie infantile est une affection médico-chirurgicale : médicale par sa nature et ses symtômes initiaux, chirurgicale par ses suites et sa thérapeutique.

Rare dans les premiers mois de la vie, elle est assez commune à la fin de la première et durant la seconde année ; puis, après 3 et 4 ans, elle devient exceptionnelle. Son maximum de fréquence se montre entre 18 et 24 mois, au moment de la sortie des grosses dents, particularité qui l'a fait attribuer à l'éruption dentaire : or, il est évident que si la dentition peut provoquer des troubles morbides, elle n'a rien à voir avec la paralysie infantile. Celle-ci offre tous les caractères d'une maladie infectieuse. Son début, sa manière de se comporter, la rapprochent intimement des lésions d'origine bactérienne. Les petites épidémies notées dans diverses localités plaident en faveur de cette hypothèse, qui reste encore à l'état de simple supposition puisqu'aucun micro-organisme n'a pu être découvert chez ces petits patients, aucune culture, aucune inoculation positive par conséquent n'a pu être effectuée.

Le début de la maladie se fait généralement par un accès de fièvre plus ou moins violent et par des phénomènes gastro-intestinaux sérieux ou légers, volontiers réduits à un peu de diarrhée. Quelquefois, cependant, l'invasion est indisieuse et les troubles initiaux sont si fugaces qu'il passent inaperçus, les parents constatant seulement la paralysie.

Autre fait intéressant à enregistrer : les accidents éclatent fréquemment pendant la nuit. L'enfant

se couche bien portant, il se réveille bientôt en proie à divers malaises et, le lendemain matin, la paralysie est installée.

Les phénomènes paralytiques atteignent leur maximum d'acuité d'emblée, dès le premier jour : il y a, au début, congestion étendue de la moëlle et, plus tard, circonscription du mal à certaines cellules. Au bout de peu de temps, en effet, les lésions qui avaient frappé d'abord, les membres inférieurs, les bras, voire la totalité du système musculaire, se circonscrivent et se cantonnent à quelques points du corps, dans la majorité des cas aux membres inférieurs, plus rarement aux membres supérieurs, exceptionnellement aux muscles du tronc et à ceux du rachis. Il en résulte des atrophies et des difformités nombreuses : paralysies atrophiques des bras, des jambes, du thorax, avec pied bot paralytique, genu valgum, ensellures lombaires, proéminenees de la paroi abdominale, scolioses paralytiques, etc., toutes affections qu'il importe au chirurgien de connaître.

Je désire étudier aujourd'hui surtout la paralysie atrophique des membres inférieurs, la plus fréquente et la plus importante d'ailleurs. Vous la verrez atteindre un seul côté — ce qui qui est la règle — ou les deux côtés à la fois, en général d'une manière inégale, car il n'y a pour ainsi dire jamais altérations rigoureusement symétriques lorsqu'il s'agit de paralysie atrophique infantile.

Cliniquement, il convient de distinguer deux groupes de cas, selon que la paralysie est totale ou partielle.

I. Paralysie totale.

La totalité du membre inférieur, la jambe, la cuisse et même la fesse sont affectés. Le triceps fémoral étant lésé, le petit malade est dans l'impossibilité de détacher le talon du plan du lit ; il n'y parvient que grâce à un subterfuge, grâce à une sorte de mouvement de reptation. L'enfant, debout, présente un autre signe. La perte du triceps gêne considérablement la marche, le genou se fléchissant constamment sous l'influence des muscles antagonistes. Pour avancer, le patient immobilise la jointure, en mettant la main sur la face antérieure de sa cuisse. Le défaut de conservation du triceps, accident assez rare heureusement, offre un gros intérêt pratique ; il modifie singulièrement le traitement qu'il rend plus complexe.

II. Paralysie partielle.

La paralysie partielle peut ne pas être accompagnée de déformations. Lorsque l'attitude du membre est normale et sa direction conservée, un bon appareil orthopédique, convenablement appliqué, permettra au sujet de marcher : il suffit, dans ces conditions, de donner un tuteur au membre affaibli.

Dans la pluralité des circonstances, néanmoins, il y a attitude vicieuse et l'intervention opératoire devient alors indispensable pour la corriger. Je vais vous exposer les principales difformités d'origine paralytique observées au membre inférieur.

A la hanche, les paralysies limitées aux muscles fessiers, aux pelvi-trochantériens de Bichat, placent la cuisse en flexion et rotation en dehors, la tête fémorale faisant saillie dans le triangle de Scarpa. La subluxation antérieure de la tête fémorale constitue un argument à opposer à la théorie qui attribue à la paralysie infantile les luxations congénitales de la hanche. La paralysie infantile, disait Verneuil, supprime les fessiers, laisse les adducteurs antagonistes attirer la tête dans la fosse iliaque externe et cause ainsi la luxation (congénitale) de la hanche. Or, dans la paralysie infantile on n'observe jamais de luxation en arrière, fait à ajouter à beaucoup d'autres pour réfuter la théorie de Verneuil. La déformation de la hanche que je viens de décrire demande évidemment le redressement par une ténotomie portant sur le tenseur du fascia lata, le couturier, etc.

Au genou, la déviation principale est le genu valgum dont le mécanisme relève de l'affaiblissement des muscles de la patte-d'oie et de l'action prépondérante du biceps. Le genu valgum paralytique diffère du genu valgum des rachitiques par ce caractère essentiel : il peut se corriger spontanément. Je vous citerai à ce propos une communication originale de Desprès à la Société de chirurgie. Desprès, esprit de contradiction, nous présenta un jour un malade atteint de genu valgum en disant : Vous prétendez que cette affection est d'origine osseuse ; eh bien ! voici un sujet, ayant un genu valgum, qui de lui-même peut parfaitement rapprocher ses jambes. Nous lui répondimes : C'est vrai, mais c'est un genu valgum paralytique ! On rencontre quelquefois aussi la lésion de sens inverse, le genu recurvatum.

Au pied, les déformations comportent toutes les variétés du pied bot. Parfois les muscles sont tous paralysés, le pied est ballant, flottant. On appelle cela, à tort, un pied « bot », mot qui signifie déviation fixe et permanente. Les deux types habituels sont : *a*) la paralysie antéro-externe (jambier, extenseur des orteils, péroniers latéraux ; *b*) la paralysie postérieure (muscles du tendon d'Achille). Dans la paralysie antéro-externe, vous voyez tomber l'avant-pied et il se produit comme conséquence un pied bot varus-équin ou équin-varus. Dans la paralysie postérieure, le talon s'abaisse, d'où pied bot talus, souvent associé au valgus et aussi, d'ailleurs, au pied creux, la paralysie n'ayant frappé que la couche superficielle du triceps sural, la couche profonde, conservée, creusant la voûte plantaire. En outre des paralysies antéro-externe et postérieure on en rencontre nombre d'autres, le varus, le talus purs, et, en définitive, tous les types de pied bot.

Voyons maintenant rapidement quelles sont les causes des déformations. Ces causes sont de trois ordres. L'influence de la pesanteur en premier lieu. Les muscles, en effet, sont non seulement des puissances actives, mais encore des ligaments des articulations. Si on les supprime, les membres sont abandonnés aux effets de la pesanteur qui suffit déjà à produire certaines difformités. L'influence des muscles antagonistes, en second lieu : n'étant plus contre balancée par la tonicité des muscles paralysés, elle domine. En troisième lieu, enfin, l'usage du membre qui, dans de telles conditions, aggrave et accentue la lésion.

La paralysie infantile — et ceci offre un réel intérêt chirurgical, pour la thérapeutique par exemple — entraîne d'autres conséquences fâcheuses, parmi lesquelles je citerai les troubles trophiques et le raccourcissement du membre. Vous verrez, quelquefois, des modifications trophiques considérables, les régions malades devenant froides,

violacées, la peau se recouvrant d'ulcérations tenaces qui ont conduit plusieurs patients à réclamer l'amputation d'une jambe ou d'un pied. L'arrêt de développement du membre est, dans l'immense majorité des circonstances, peu prononcé et la plupart du temps le raccourcissement n'excède pas 2 à 3 centimètres. Il atteint très exceptionnellement 6 à 7 centimètres.

Un mot du diagnostic qui ne présente pas de difficultés sérieuses. La paralysie infantile se caractérise par la perte de l'action d'un groupe musculaire avec prépondérance des antagonistes. Les muscles pris sont flasques et les réflexes abolis. ce qui distingue cette affection de la maladie de Little, accompagnée, au contraire, de spasmes et d'exagération des réflexes.

Dans les cas anciens, sans antécédents connus, on peut hésiter entre le pied bot congénital et le paralytique. A la longue, le pied bot congénital s'accompagne d'atrophies musculaires ; cependant, d'une manière générale, la résistance, la rétraction est plus accusée dans le pied bot congénital ; le pied paralytique se laisse mieux ramener, il est moins solidement rétracté.

Autre particularité qui mettra sur la voie du diagnostic Dans les cas de difformités doubles, s'il s'agit d un pied bot congénital, il est exceptionnel de voir des lésions en sens inverse, elles sont symétriques, semblables des deux côtés. Il n'en va plus ainsi dans le pied bot paralytique double.

Telle est l'étude symptomatologique de la paralysie infantile envisagée dans ce qu'elle a de fâcheux, au point de vue chirurgical. Je vais maintenant vous en présenter un exemple chez un enfant de onze ans. atteint de paralysie du membre inférieur gauche.

Les antécédents de notre petit malade sont vagues. Son affection, dit-il, a débuté vers l'âge de 2 mois de bonne heure par conséquent) par de la fièvre et des convulsions. N'attachez qu'une importance relative à ce dernier symptôme. Souvent, si vous poussez l'interrogatoire et demandez aux parents : « Avez-vous vu ces convulsions ? », ils répondent : « non, c'était... des convulsions internes. » Ce début par des spasmes convulsifs, très rare pour la paralysie infantile,est par contre fréquent dans une autre affection analogue de l'enfance, l'hémiplégie infantile.

Quoi qu'il en soit,les parents s'aperçurent dans la suite que le membre inférieur gauche était paralysé. L'histoire du malade d'ailleurs manque ici de précision. Il aurait été électrisé, traitement banal. communément employé et pas toujours judicieux. Il y a quelques années il me fut conduit à la consultation d'orthopédie, à l'Hôtel-Dieu. J'ai conseillé aux parents d'attendre et de me le ramener plus tard. On vient de me le reconduire ici, à l'hôpital Trousseau, et je l'ai admis pour l'opérer.

Sa difformité est une association du varus et de l'équin ; elle représente un varus équin paralytique classique. Il n'y a pas de troubles trophiques : la peau du membre atteint a sa coloration normale, il n'y a aucune cicatrice, aucune trace d'ulcération antérieure.

Chez lui, la paralysie est partielle et non totale : l'enfant peut soulever le talon du plan du lit. Le raccourcissement est à peine marqué, il atteint 2 à 3 centimètres. Conclusion : pied bot varus équin paralytique gauche avec conservation du triceps et faible raccourcissement. Le pronostic est favorable. Il n'est pas possible, certes, de guérir à fond cet enfant ; néanmoins la thérapeutique chirurgicale tirera de bons effets de son cas. Le pronostic est bon parce que la paralysie n'est pas totale et respecte le triceps ; le malade pourra marcher sans appareil. D'autre part, il n'existe pas de troubles trophiques, circonstance heureuse, car ces altérations nutritives sont une calamité pour le chirurgien et empêchent tous les points d'appui.

Le traitement doit être opératoire puisqu'il y a déformation. Nous avons à choisir entre trois ordres de moyens :

1° La ténotomie.
2° La transplantation tendineuse.
3° L'arthrodèse.

La ténotomie serait une faute. Vous auriez un écartement post-opératoire des deux bouts de 2 à 3 centimètres, la cicatrisation ne se ferait pas, vous obtiendriez un pied ballant, c'est-à-dire une aggravation du mal.

La transplantation tendineuse ne me paraît guère applicable utilement. Transplanter quoi ?

Reste l'arthrodèse, merveilleuse opération que j'emploie depuis 1889 et qui n'a jamais trahi ma confiance. Ses résultats ont toujours été bons et je vais la pratiquer chez notre petit malade. Je me propose de vous en reparler dans une prochaine leçon que je consacrerai au traitement orthopédique et chirurgical de la paralysie infantile.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PHTHISIOLOGIE

Le régime alimentaire des tuberculeux. (Les « normaux de la cure. »)

Par le Dr Louis Gassot,
Médecin résident au Sanatorium de Gorbio,
Et le Dr André Petit,
Médecin consultant à Menton.

L'alimentation est une des bases du traitement de la tuberculose. Ce n'est pas là une notion nouvelle puisque Hippocrate avait déjà compris son importance et recommandait aux phtisiques certains aliments tels que les lentilles, les céréales, le pain, le mouton, les poissons, etc. Et chacun sait que l'alimentation forme avec l'aération et le repos, la triade thérapeutique de la tuberculose.

La tuberculose s'accompagne d'une perversion des combustions organiques, laquelle aboutit à un amaigrissement progressif et plus ou moins rapide du malade ; le régime devra tendre avant tout à lutter contre cette déperdition. De plus, c'est par le régime que le tuberculeux mettra son organisme en état de résister au bacille. Et Grancher insiste beaucoup sur ce point que « les aliments sont les vrais facteurs de la guérison de la tuberculose. »

Pour combler les pertes excessives de l'organisme, la ration alimentaire du tuberculeux devra être supérieure à la normale, de telle façon que le malade puisse arriver à combler son déficit et à repousser l'invasion bacillaire.

Il semble facile au premier abord connaissant

★

la ration normale des individus sains, et grâce aux tables de Pettenkofer qui donnent la valeur nutritive de chaque aliment, d'instituer un régime de valeur alimentaire supérieure à la normale, et cette question du régime paraît se réduire en théorie à un facile calcul de valeurs nutritives connues.

En pratique, il n'en est malheureusement pas ainsi. Outre la valeur nutritive des aliments, il faut tenir compte de leur digestibilité et de l'action plus ou moins nocive qu'ils peuvent exercer sur l'organisme. Il faut tenir compte aussi de l'état du malade. Autant de facteurs qui font de l'étude que nous nous proposons de faire, un problème des plus complexes, et bien digne, croyons-nous, de retenir un instant l'attention du médecin.

Notre but dans cet article est : 1°) de passer rapidement en revue les différents types d'aliments (albuminoïdes, hydro-carbonées, graisses, etc.,) qui doivent entrer dans la ration alimentaire ; 2°) de montrer les inconvénients de certains régimes qu'on a préconisés; 3°) de dire le régime que nous considérons comme répondant le mieux au traitement de la tuberculose,

Disons tout de suite que ce régime indiqué par nous ne devra être pris que comme un régime type et non comme un régime absolu, spécifique. Nous pensons en effet que les cas variant à l'infini, dans la maladie qui nous occupe, l'alimentation, comme la médication d'ailleurs, devra varier également suivant les malades.

***

Les albuminoïdes entrent pour 120 gr. dans l'alimentation de l'homme adulte et sain, soumis à un travail modéré, et sont les principaux facteurs de la rénovation des tissus. Ils devront donc occuper une place importante dans le régime du tuberculeux.

Laissant de côté les œufs dont nous parlerons plus tard à propos des aliments complets, les aliments azotés sont principalement constitués par les viandes, qui contiennent environ 20 % de substances albuminoïdes. Toutes indifféremment peuvent entrer dans l'alimentation du tuberculeux. Pour ce qui concerne leur préparation, nous recommanderons de préférence, comme plus légers et plus nutritifs, les rôtis et les grillades, sans exclure pour cela les viandes braisées que la cuisson prolongée rend plus digestives en en dissociant les fibres. Quant à la viande crue, dont on a voulu faire le remède spécifique de la tuberculose, c'est un bon aliment à la condition que la préparation en soit irréprochable. Il ne faut pas non plus en faire un abus, sous peine de voir se produire des accidents d'intoxication gastro-intestinale au sujet desquels nous reviendrons tout à l'heure, en parlant du régime carné. Nous n'oublierons pas enfin de mentionner les différentes préparations pharmaceutiques, telles que poudres de viande, albumoses, peptones, somatoses, qui peuvent dans certains cas servir à compléter un régime et qu'on sera parfois heureux de trouver quand il s'agira de faire pénétrer dans le tube digestif des substances très nutritives sous un petit volume, soit par les gavages, soit par les lavements alimentaires.

Comme intermédiaires entre les albuminoïdes et les hydrates de carbone, nous trouvons les légumineuses qui contiennent en moyenne 22 % de matières azotées et 55 % d'hydrocarbonés.

Les lentilles, les haricots, les pois, constituent donc d'après leur composition un aliment supérieur aux viandes, mais la digestion en est plus difficile et plus lente. On pourra lutter heureusement contre cet inconvénient en les consommant à l'état de purées, forme sous laquelle les légumineuses constitueront au premier chef un aliment de choix.

Les hydrates de carbone, qui entrent pour 450 gr. dans la ration de l'homme sain sont surtout représentés par les céréales (riz, froment, etc.), et renferment en moyenne 30 % d'hydro-carbonés et aussi quelques matières azotées, 8 à 12 %. Ils tiennent une place importante dans l'alimentation sous forme de pain, de pâtes alimentaires, de farines. Ils peuvent constituer, préparés avec du lait, des œufs ou des graisses, un aliment d'une grande valeur nutritive et d'une digestion assez facile. Mentionnons aussi, parmi les hydrates de carbone, le sucre qui peut entrer pour une certaine part dans l'alimentation, et qui vient de donner les preuves de sa valeur dynamique dans les expériences instituées sur l'Armée allemande et commencées chez nous. Il figurera soit sous forme de plats sucrés, de miel, soit mélangé aux boissons telles que le lait par exemple, que peuvent et doivent souvent absorber les malades.

Quant aux aliments gras qui, d'après les données de la physiologie, doivent entrer dans la proportion de 50 gr. dans l'alimentation de l'homme sain ils sont représentés par les différentes graisses, le beurre, les huiles. Quelques auteurs, avec Grancher, les écartent de l'alimentation du tuberculeux. Comme elles peuvent jusqu'à un certain point épargner les albuminoïdes, nous pensons qu'elles ne doivent pas être totalement exclues et que, sous différentes formes, elles peuvent être un précieux auxiliaire, dès l'instant que le malade qui les absorbe, les apprécie et les digère ; nous recommanderons particulièrement le beurre, le fromage, ou bien encore les sardines à l'huile, dont Landouzy préconise l'usage comme succédané de l'huile de foie de morue.

En dehors des différentes sortes d'aliments dont nous venons de parler, il en existe d'autres qui renferment, associées, les substances précédemment citées ; ce sont les aliments complets qui sont pour ainsi dire exclusivement représentés par le lait et les œufs.

Les œufs contiennent environ 15 % d'albuminoïdes et environ 14 % de graisses. Outre qu'ils sont très nutritifs, ils sont parfaitement faciles à digérer. Ils sont donc appelés à jouer un grand rôle dans l'alimentation, soit qu'on les associe aux autres aliments, soit qu'on les absorbe crus ou peu cuits dans l'intervalle des repas pour suppléer à une alimentation insuffisante.

Le lait qui doit contenir pour 1000, en moyenne 35.5 d'albuminoïdes, 59.5 de sucre, 38 de graisses, doit prendre aussi une place importante dans la composition des repas, qu'on l'emploie comme les œufs, dans la préparation de certains plats, ou bien comme boisson pendant ou entre les repas. Il pourra parfois aussi, chez les malades dont le tube digestif est en mauvais état, constituer un aliment presque exclusif.

D'autres aliments, comme les fruits, les légumes verts, la salade, sont peu nourrissants. Nous

ne voudrions pas néanmoins en proscrire absolument l'usage, surtout quand ils sont bien supportés et qu'ils peuvent, comme cela arrive parfois, contribuer à exciter l'appétit des malades. Les fruits cuits et sucrés ont une certaine valeur nutritive. Nous croyons devoir écarter dans cette classe d'aliments, les choux, dont la digestion pénible et lente ne peut que fatiguer l'estomac.

Et maintenant quelles boissons devrons-nous conseiller de préférence ? Est il besoin de dire que le lait dont nous venons de parler est entre toutes une boisson recommandable ? Le seul inconvénient qu'il puisse avoir, c'est. précisément à cause de sa valeur nutritive, d'entraver un peu l'appétit, et nous croyons, à cause de cela, qu'il est préférable de l'absorber entre les repas.

L'eau pure, et surtout certaines eaux gazeuses, légèrement minéralisées et agréables au goût, comme celle de Vals par exemple, nous paraîtront plus aptes à faciliter la digestion, et surtout à exciter l'appétit des malades. On peut également tolérer l'usage de la bière et du vin, dès l'instant qu'ils ne sont pas l occasion de troubles digestifs. Quant à l alcool, malgré l'opinion de Dettweiler, nous ne pouvons qu'en proscrire l'usage et nous n'en admettons l emploi qu'à titre de médicament.

* * *

Maintenant que nous avons étudié les différentes sortes d'aliments, nous nous proposons, après avoir passé en revue quelques régimes, d'établir par leur critique un régime que nous considérons comme type mais susceptible néanmoins de subir des modifications nombreuses suivant les cas qui se présenteront.

Nous insistions au début de cet article sur la dénutrition qui accompagne toujours ou presque toujours la tuberculose A cela s'ajoute une anorexie presque constante et c'est ce qui donna à Debove l'idée du gavage à la sonde. Il introduisait par ce moyen dans l'estomac un mélange de poudres de viande, de farines, de céréales, et d'œufs délayés dans du lait, et arrivait ainsi à faire absorber aux malades des quantités considérables d'aliments (500 gr. de poudre de viande correspondant à 2000 gr. de viande fraîche. 300 gr. de farine, 10 œufs et 3 litres de lait). Cette méthode a donné des résultats brillants et surtout rapides et l'on a vu des malades engraisser d'une façon merveilleuse. Mais ce ne sont là souvent que des succès éphémères et ces doses exagérées d'aliments introduits dans l'estomac ne pouvaient, on le conçoit aisément, que fatiguer le tube digestif. D'autre part, l'apport étant trop considérable, l'assimilation se faisait mal, et l'on vit survenir des indigestions et des crises diarrhéiques qui firent perdre en quelques jours un bénéfice si péniblement acquis.

Ce régime nous semble donc devoir être exclu, sauf pour certains cas exceptionnels, mais qui ne rentrent pas dans ceux que nous appelons, avec Sabourin les « normaux de la cure ». Nous en dirons autant de la suralimentation intensive comme on la pratiquait il y a quelques années, et comme on la pratique encore assez souvent. Il nous revient à la mémoire le cas d'un malade que nous eûmes l'occasion d'observer avec le Dr Malibran. Ce malade, qui avait été largement suralimenté et qui avait engraissé d'une façon prodigieuse présenta des symptômes alarmants du côté de son rein, hématuries, albuminurie abondante, que le professeur Albert Robin attribua à l'alimentation excessive.

Et puis cette méthode, quand elle ne donne pas lieu à des accidents comme celui-là, fait engraisser les malades sans pour cela améliorer l'état de leurs lésions. L'engraissement qui est la marque d'un bon état général quand il se produit dans des conditions normales n'a plus aucune signification quand il est dû à la suralimentation.

De même, le régime carné exagéré dans la majorité des cas, est plus nocif qu'utile au malade. Richet et Héricourt ont établi que des chiens inoculés de produits tuberculeux résistaient beaucoup mieux et même guérissaient lorsqu'ils étaient nourris exclusivement à la viande crue. Aussi le régime carné, la viande crue et le jus de viande ont-ils été vivement préconisés, en tant que *spécifiques* contre la tuberculose. Malheureusement, si leur influence est excellente sur le chien, animal carnivore, il n'en est pas de même sur les malades. Sous l'action de ce régime les sécrétions digestives augmentent tout d'abord et arrivent à s'épuiser. Il se produit des fermentations anormales dans le contenu intestinal. Les ptomaïnes passent dans le sang, le foie, les reins, et, au lieu de contribuer à la défense de l'organisme, cette alimentation introduit dans la circulation des poisons qui viennent se joindre aux poisons bacillaires. Le tœnia est encore un des inconvénients avec lesquels il faut compter. Si dans quelques cas particuliers ce régime carné a donné de bons résultats, il a été le plus souvent l'occasion de troubles sur lesquels Sabourin a attiré l'attention. Les congestions, l'albuminurie, la dyspnée, les congestions du foie observées dans certains cas relèvent manifestement de cette cause.

Sabourin a même prétendu que la persistance, sinon le début de certaines hémoptysies devait être attribuée à l'alimentation carnée. C'est là une hypothèse très soutenable si l'on pense, ainsi que l'enseigne Huchard, que les toxines ont, entre autres effets, celui d'exagérer la pression sanguine.

* * *

Nous repoussons donc la suralimentation intensive, mais non pas la suralimentation si l'on entend par là un régime suffisant pour compenser les dépenses nutritives exagérées du tuberculeux et même les dépasser un peu, de façon à permettre au malade de reprendre le poids physiologique qu'il devrait peser normalement.

La quantité de nourriture à prendre sera graduée suivant les sensations subjectives du malade et les résultats seront contrôlés par la balance. En cas d'anorexie, on conseillera au malade d'employer toute son énergie à manger le plus qu'il pourra. Si au contraire l'appétit est normal, le malade ne mangera qu'à sa faim. Les résultats seront contrôlés par de fréquentes pesées qui doivent marquer un accroissement lent, mais continu et progressif. On ne doit pas rechercher en effet ces augmentations considérables et rapides qui amèneront fatalement un surmenage stomacal.

Nous fixerons donc le régime d'après les sensations subjectives du malade contrôlées par la

balance. Quelle doit être sa composition qualitative ?

Nous avons dit ce que nous pensions du régime carné. Nous ne conseillerons donc pas de faire de la viande le fondement de l'alimentation. Nous ne la bannirons pas non plus de notre régime. Mais nous donnerons à côté d'elle une plus large part aux légumineuses, aux féculents, aux farineux, au lait, aux œufs dont nous avons montré la haute valeur alimentaire.

Voilà pour la composition du régime alimentaire. Voyons maintenant comment doivent se répartir les repas. Nous ne pourrons mieux faire à ce sujet que de dire le régime établi à Gorbio, par le Dr Malibran, médecin en chef du sanatorium, et dont nous avons pu apprécier les résultats.

4 repas par jour dont 2 repas principaux, à midi et à 7 heures et deux repas accessoires, le premier déjeuner à 8 h. et le goûter à 4 h. Nous estimons que des repas plus nombreux (qui pourraient cependant avoir leur indication dans quelques cas particuliers) fatigueraient l'estomac en le soumettant à un travail ininterrompu et amèneraient rapidement l'anorexie.

Les repas principaux de midi et de 7 heures se composent en principe de 2 œufs, d'un plat de viande, d'une purée de légumes ou de pâtes alimentaires. En pratique, il est bon d'avoir un nombre plus considérable de plats pour permettre au malade de satisfaire son appétit sur celui qui flattera le plus son goût.

Pour les repas accessoires, ils se composent de laitages, de café au lait, de chocolat au lait, de soupes farineuses (crème de riz, farine d'orge) Les œufs accompagnés de pain, de beurre et de miel complètent facilement la ration alimentaire du tuberculeux qui lui permettra de faire face à ses dépenses excessives et même de faire quelques réserves qui se traduiront par un accroissement de poids.

Disons pour terminer les principes qui, d'après le Dr Malibran, doivent guider le médecin quand il institue le régime d'un malade.

« 1° Faire prendre une ration d'aliments un peu supérieure à la ration physiologique de façon à ce que les pertes soient un peu plus que compensées.

2° Prescrire des aliments aussi nutritifs que possible, sous le plus petit volume possible pour diminuer le travail du tube digestif.

3° Ecarter de l'alimentation toutes les substances dont un excès serait nuisible ».

* * *

Nous n'avons eu en vue ici que les malades ayant un tube digestif normal et un appétit suffisant les « normaux de la cure ».

Quant aux malades atteints d'anorexie simple, on devra en arriver à la suralimentation par les œufs, le lait, la viande crue, ou même au gavage conseillé par Debove. Pour ceux dont l'anorexie est due à la fièvre, les antithermiques suffiront parfois à ramener l'appétit. Quant aux anorexiques dyspeptiques, il faudra évidemment traiter leur dyspepsie.

Mais cette question du régime de ceux que nous pourrions appeler les « anormaux de la cure » mérite d'attirer plus longtemps l'attention et nous n'avons fait ici qu'effleurer ce sujet, nous réservant d'y revenir un jour avec de plus amples développements.

REVUE DE LA PRESSE ETRANGÈRE

Sur le traitement du chancre mou et de ses complications.

Le traitement du chancre mou doit avoir pour but de transformer cette lésion, d'une manière aussi rapide et sûre que possible, en une simple plaie granuleuse. Divers procédés permettent d'obtenir ce résultat : 1°) la chaleur, 2°) les pansements ou les bains au sulfate de cuivre, 3°) les attouchements au chlorure de fer, 4°) l'emploi de divers antiseptiques. Il n'est pas sans intérêt de faire une étude comparative de ces différents moyens.

C'est à la chaleur sèche que le docteur Stenczel (*Wien med. Woch.*, nos 34 et 35) accorde la préférence. Il l'applique à toutes les formes du chancre mou, même aux variétés gangreneuse, diphtéritique ou serpigineuse, pourvu qu'il n'existe ni forte réaction inflammatoire du voisinage, ni lymphangite aiguë et que l'extension de la lésion ne fasse pas redouter une cicatrice trop étendue après l'emploi du fer rouge.

Voici comment il faut procéder :

Tout d'abord, on nettoie soigneusement au moyen d'un tampon, imbibé de benzine, l'ulcération ainsi que la région avoisinante. C'est là une méthode excellente, qui n'est même pas douloureuse sur un gland érodé et enflammé. On fait ensuite un lavage au sublimé ; puis on applique un pansement avec un nuage de coton, trempé dans une solution de cocaïne à 10 pour cent ; au bout de 10 à 15 minutes, on obtient l'anesthésie complète non seulement de la peau et de la muqueuse du prépuce, mais encore de tout le gland, en particulier de l'orifice uréthral externe. Ces précautions prises, on détruit l'ulcère avec un couteau de thermocautère ; mieux vaut porter cette action destructive jusque dans le tissu sain ; aussi Stenczel conseille-t-il de décrire avec le cautère un cercle à 2 ou 3 mm en dehors de la périphérie du chancre, puis d'attaquer vigoureusement tous les tissus délimités de la sorte.

Cette opération n'est nullement douloureuse ; et c'est là un point sur lequel il faut insister, car beaucoup de médecins pensent encore que l'anesthésie cocaïnique n'existe pas pour le thermocautère.

L'auteur se sert aussi du fer rouge pour les condylomes acuminés, et toutes les lésions récentes du pénis, qui peuvent se développer après un coït suspect. Plusieurs centaines d'observations témoignent ainsi de l'insensibilité du procédé. Après la cautérisation, on fait un pansement à la gaze iodoformée, qui reste en place plusieurs jours suivant qu'il est ou non souillé par l'urine.

La suite du traitement se fait suivant les règles ordinaires de la chirurgie ; si la guérison est trop lente on touche les granulations à la teinture d'iode.

De nombreux avantages sont attachés à cette méthode. En premier lieu, le contage se trouve détruit au bout de quelques minutes sans aucune douleur. Les récidives sont en effet exceptionnelles après l'élimination de l'eschare ; elles s'observent plus particulièrement dans les cas où l'on a négligé de circonscrire tout d'abord la tumeur par un coup de thermocautère ; si on commence par le centre du chancre mou, la chaleur de radiation émise par le couteau altère rapidement l'as-

peet des tissus voisins et il devient très difficile de distinguer nettement les limites de l'ulcère ; certaines parties malades peuvent dès lors échapper à l'action thérapeutique. Mais une nouvelle cautérisation périphérique suffit alors pour assurer une guérison définitive.

Il faut aussi remarquer que cette méthode peut être appliquée non seulement aux ehaneres préputiaux ou extragénitaux, mais encore à eeux qui siègent sur le gland, sur le sillon balano-préputial, le frein, ou même entre le frein et le méat urinaire.

Les tissus qui entourent l'eschare ne réagissent presque jamais. Pas de douleurs après l'opération. Le ehanere eesse d'être eontagieux ; et s'il a été cautérisé assez tôt, on n'observe même pas d'infection ganglionnaire. C'est là un avantage marqué sur le traitement par le sulfate de cuivre Quand la tuméfaetion des ganglions est apparue, quand le bubon date de plusieurs semaines, la eautérisation ne détermine pas non plus d'aeeidents. Les eicatrices eonsécutives sont meilleures et moins défeetueuses que celles obtenues par les autres proeédés.

Le traitement par la chaleur semble plus particulièrement efficace dans les formes serpigineuses, dont il arrête en quelques jours la marche progressive.

On peut encore guérir le ehancre mou par le cuivre, soit sous forme de pansements, soit sous forme de bains.

Pour les pansements, Stenezel se sert d'une solution de sulfate de euivre à 25 % ; il en imbibe un mince tampon, qu'il applique sur le chanere après nettoyage à la benzine : ce pansement doit recouvrir largement l'ulcère. Pendant une heure ou deux il provoque des douleurs et détermine de l'œdème et de la rougeur du prépuee, quand le ehanere siège sur eette région. Au bout de 24 heures, l'uleération est remplacée par une esehare bleuâtre, le plus souvent adhérente, qui, après 48 heures, est nettement délimitée et se laisse facilement arraeher. Les parties saines, où eelles dont l'épithélium seul est altéré. ne ehangent pas de eoloration ; par contre, les uleérations les plus petites, les uleérations punetiformes mêmes, se transforment en une esehare bleuâtre, si bien que le cuivre devient un réaetif excellent pour déeeler les uleères ehancreux, difficiles à distinguer. — L'esehare tombée, il reste une simple perte de substance, interessant parfois le tissu eellulaire sous-muqueux, qui se comble en 8 ou 10 jours, et guérit très rapidement.

Il est de la plus haute importanee d'éviter l'aceumulation de séerétions sous l'eschare euivrique pour ne point voir de bubons se développer. Pour eela, on doit empêeher la dessiccation des séerétions au niveau du sillon eieatrieiel de démarcation par des pansements faits de gaze iodoformée imprégnée de vaseline boriquée. Après l'élimination de l'esehare on se contente de gaze iodoformée en touchant à la teinture d'iode les bourgeons eharnus atones.

Quels sont les résultats obtenus par ce mode de traitement ?

Il faut préférer cette méthode à toutes les autres pour les chancres mous, non eompliqués, quand ils siègent sur la faee interne du prépuce car, dans l'immense majorité des eas, la guérison eomplète est obtenue en huit ou quinze jours au maximum. Ce procédé est moins recommandable quand le chancre siège sur le gland, et ses résultats sont presque nuls pour les uleérations fissuraires telles qu'on les observe souvent entre le frein et le méat urinaire, plus rarement sur, le gland ; d'après l'expérience personnelle de Stenezel, le fer rouge seul pourrait guérir ces formes d'une manière rapide et définitive, à moins toutefois qu'elles ne siègent à l'orifice externe de l'urètre.

Il faut faire une exception pour les formes serpigineuses, pour lesquelles le sulfate de euivre ne donnera que des résultats incertains et le thermocautère reste l'instrument de choix.

D'une façon générale, le traitement par le cuivre est eontre-indiqué dans les eireonstances suivantes.

1° Quand les ganglions de la région sont le siège d'une tuméfaetion, ou même d'une sensibilité à la pression.

2° Quand il existe un phimosis même léger dans le eas de ehancre mou intrapréputial. Dans ees conditions, en effet, l'œdème, toujours consécutif à l'application du sulfate de cuivre, devient un obstacle sérieux au lavage des eschares, ainsi qu'au traitement ultérieur.

3° Quand le chancre siège sur la partie externe du pénis, ou bien sur une région du eorps, au niveau de laquelle il est difficile de faire tenir un pansement oeelusif, qui empêche les sécrétions de s'aceumuler.

En résumé, le sulfate de cuivre est reeommandé pour les chaneres mous siégeant à la faee interne du prépuee, ou près du sillon balano-préputial, pourvu qu'on ne relève aucune traee de serpiginosité, ni de phimosis, même peu marqué. Dans ees eas la guérison est plus rapide que par le fer rouge, ear elle est deux fois plus rapide pour l'ulcération cuivrique que pour celle due à la cautérisation.

On peut eneore traiter le ehancre mou par des bains de verge dans une solution de sulfate de euivre à 1 pour eent ; le bain, biquotidien, est prolongé durant une demi-heure ; il est quelque peu douloureux. C'est là une méthode peu efficace, qui ne s'emploie que pour les petites réeidives périphériques du ehancre, observées après la paquelinisation. Elle est contre-indiquée pour les ulcérations serpigineuses, ou fissuraires. Les bains de euivre ne produisent ni œdème du prépuce, ni irritation du méat ; on peut donc les employer même dans les cas de phimosis.

Le sesquiehlorure de fer, en attouchements, est bien inférieur au sulfate de euivre dans le traitement du ehancre mou ; il n'est nullement irritant, et peut être employé même au début d'une adénite inguinale. On se sert d'une solution eoneentrée, puis on applique une mèche de gaze iodoformée. La guérison est lente, les récidives sont fréquentes. L'auteur n'emploie ee médicament que si la multiplicité et l'étendue des chancres contre-indiquent le fer rouge ou le cuivre.

L'auteur condamne d'une matière absolue le traitement du chancre mou par la poudre d'iodoforme, ou par d'autres antiseptiques analogues pulvérulents. En effet, si le chancre est intrapréputial la poudre forme avee ses séerétions un mélange visqueux qui se répand dans tout l'espace balano-préputial. Si au contraire il est extérieur, eette poudre forme avee les séerétions une croûte sous laquelle s'aecumulent les matières purulentes, qui deviennent l'origine d'œdèmes, de lymphangites, de lymphadenites. Il est eepen-

dant des cas où l'on est obligé de recourir à ces antiseptiques non irritants ; il faut alors les incorporer à la vaseline (chancres cachés par un phimosis, chancres déjà infectés ou compliqués.

Voyons à présent quel traitement il convient d'opposer aux complications du chancre mou.

1° Il existe un phimosis et le chancre est situé à l'intérieur du prépuce. Si le phimosis est de nature inflammatoire, on cherche à ouvrir légèrement son orifice au moyen de deux pinces pour nettoyer la cavité avec un tampon de gaze imbibé de benzine ; on fait ensuite un lavage au sublimé à 1 p. 1000, et l'on draine à la gaze iodoformée. Cette opération sera répétée une ou deux fois par jour, et si l'inflammation est vive, on enveloppera la région de compresses glacées.

Si le phimosis n'est pas de nature inflammatoire, et si le procédé exposé plus haut n'a pu permettre d'aborder suffisamment le chancre, il est indiqué de pratiquer sur le prépuce une incision dorsale au thermocautère, puis de cautériser aussitôt l'ulcération.

2° Les ganglions voisins sont enflammés. Dès que les glandes lymphatiques correspondant à la région infectée deviennent douloureuses ou se tuméfient, il est nécessaire que le malade garde le lit : localement, on applique un sachet de glace. Si la tuméfaction ne diminue pas notablement dans l'espace de deux ou trois jours, on remplace la glace par des cataplasmes très chauds, ou bien on pratique l'extirpation totale. On n'aura d'ailleurs recours à cette intervention que si le chancre est complètement guéri, ou s'il peut être aussitôt détruit complètement au thermo-cautère ; il faut en effet éviter que la plaie opératoire ne s'infecte au contact du pus chancreux.

L'anesthésie à la cocaïne suffit pour les cas où le bubon est de petit volume, où il n'y a ni œdème marqué, ni sensibilité excessive de la région. Dans les autres cas il faut donner du chloroforme. L'incision cutanée doit être large ; après avoir enlevé tous les ganglions sous-cutanés, on ouvre le feuillet aponévrotique superficiel pour extirper les ganglions profonds. L'opération terminée, on doit apercevoir le fascia lata avec sa surface nacrée. Quand il n'y a pas encore de suppuration, on cherche la réunion par première intention, sinon il est prudent de tamponner ou de drainer.

Si la suppuration ganglionnaire est manifeste, et si la peau est adhérente sur une assez grande surface, on incise, puis on décortique la glande enflammée et on termine autant que possible par l'ablation de tous les ganglions hypertrophiés. L'auteur estime que cette dernière opération est nécessaire, car il est très rare, lorsqu'un ganglion est suppuré, de ne pas trouver de petits foyers purulents dans les ganglions voisins. Si on néglige de compléter ainsi l'intervention, il arrive fréquemment que la plaie opératoire prenne un aspect atone, n'ait aucune tendance à la cicatrisation, et qu'il faille bientôt extirper de nouvelles glandes lymphatiques pour obtenir la guérison.

Pour toutes ces raisons, Stenczel se montre peu partisan de la ponction simple, ou de l'incision avec contre-ouverture et drainage. Il ne faut recourir à ces méthodes que pour un seul ganglion, superficiel, nettement suppuré, ayant l'aspect d'une tumeur fluctuante dans toute son étendue. La ponction doit être suivie d'un lavage au sublimé, puis d'une application de glycérine iodoformée à 10 %, ou de nitrate d'argent à 1 pour 100. On fait ensuite un pansement sec, qui reste en place de 5 à 8 jours, s'il ne survient pas de douleurs.

Quand, au bout de ce temps, la guérison n'est pas complète, on peut être certain qu'il reste quelque ganglion infecté, on doit alors inciser largement et extirper toutes les glandes lymphatiques hypertrophiées et suspectes pour obtenir un résultat rapide et définitif.

Si on pratique une incision avec contre-ouverture, puis drainage, il est nécessaire de faire des lavages quotidiens ; huit jours suffisent généralement pour obtenir la guérison.

A ces derniers procédés, qui n'en restent pas moins précieux pour le praticien de campagne, Stenczel préfère l'extirpation totale : C'est peut-être l'opinion d'un chirurgien habitué aux commodités d'un service hospitaliser bien organisé ?

JURISPRUDENCE MEDICALE

La responsabilité du médecin.

La 6e chambre du Tribunal Civil de la Seine vient de rendre le jugement suivant, qui est à retenir, au point de vue de la responsabilité des praticiens.

Ouï, en leurs conclusions et plaidoiries, Me Loche, avocat, assisté d'Adam, avoué de la dame Madeleine Chazette, épouse assistée et autorisée d'Eugène Lamblin ; Me Delepierre, avocat, assisté de Gillet, avoué de Thil ;

Après avoir entendu le Ministère public en ses conclusions, et en avoir délibéré conformément à la loi ; jugeant en matière ordinaire et en premier ressort :

Attendu que, par jugement de cette chambre, du 31 juillet 1902, le Dr Laugier a été commis à l'effet d'examiner la dame Lamblin et dire s'il y a eu une faute quelconque commise par le Dr Thil dans les soins donnés par lui à ladite dame ;

Attendu que l'expert a déposé son rapport au greffe de ce Tribunal le 5 janvier 1903 ;

Attendu qu'il appert des constatations qui ont été faites par le médecin commis que la fracture dont la dame Lamblin a été atteinte était d'une gravité toute spéciale, de celles qui sont difficlles à réduire et plus difficiles encore à maintenir réduites ;

Attendu que si le Dr Laugier déclare qu'on ne peut faire qu'un reproche au défendeur, c'est d'avoir assumé à lui seul, sans l'assistance d'un confrère, et pour ainsi dire sans aide, une tâche qu'il savait difficile et appelée à un succès incomplet et discutable, il ne résulte pas des observations de l'homme de l'art sur ce point et il n'apparaît pas que cette façon de procéder de la part de Thil constitue un élément de faute pouvant engager sa responsabilité ; que cette appréciation doit être d'autant plus admise, que l'expert fait connaitre qu'en somme le Dr Thil n'a pas obtenu un résultat inférieur à celui auquel on arrive, soit en ville, soit à l'hôpital, dans des cas analogues :

Attendu enfin que le Dr Laugier estime que l'infirmité de la jambe gauche, qui est permanente, mais seulement partielle et non pas complète, s'explique tout naturellement par la gravité même de la fracture, et que les imputations d'incapacité, de maladresse et de négligence manifestes dirigées par la dame Lambin contre Thil ne sont nullement justifiées ;

Attendu que, postérieurement au dépôt du rapport, la dame Lamblin a articulé et a offert de prouver un certain nombre de faits qui, d'après elle, seraient de nature, s'ils étaient établis, à engager la responsabilité de Thil ;

Attendu, tout d'abord, que l'expert a envisagé l'ensemble de la situation ; qu'il a entendu les parties, examiné la dame Lamblin ; qu'il s'est rendu compte du traitement ordonné par Thil ; qu'il en a pesé tous les résultats, et que c'est en appréciant ces divers éléments qu'il a conclu à la non responsabilité du défendeur ; que toute nouvelle mesure d'instruction peut donc être considérée comme inutile ;

Attendu, au surplus, que les faits articulés ne sauraient être retenus et faire l'objet d'une enquête ;

Attendu que le premier fait énoncé est sans importance au point de vue de la solution du litige ; que le deuxième fait, qui tend à démontrer que Thil a opéré sans l'aide d'un autre médecin et qu'il s'est fait assister de personnes de l'entourage de la dame Lamblin, et ce dans le but de maintenir la blessée, n'est pas dénié par le défendeur et qu'il a été répondu plus haut à ce grief ;

Attendu que la troisième articulation, relative au non usage de chloroforme, n'est pas contestée, et que cette circonstance en présence du cas dont s'agit ne peut être relevée comme un grief opérant ;

Attendu que les faits qui constituent les quatrième et cinquième articulations se rattachent à l'ensemble des soins donnés et sur lesquels l'expert s'est déjà prononcé ; que, dans ces conditions, il y a lieu de rejeter la demande de la dame Lamblin ;

Attendu que la demande reconventionnelle de Thil, tendant au paiement de la somme de 70 fr. pour reliquat d'honoraires, est justifiée par la quittance même qu'il a donnée à la dame Lambin, et de laquelle il résulte que le prix convenu pour le traitement de la fracture était de 120 fr.

Attendu, en ce qui touche les dommages-intérêts réclamés par Thil, qu'il n'y a pas lieu de faire droit à cette partie de la demande , qu'en effet, il n'est pas établi que ce soit dans une pensée vexatoire que l'action de la dame Lambin a été intentée ;

Par ces motifs,

Entérine purement et simplement le rapport du Dr Laugier ;

Déclare la dame Lamblin mal fondée dans sa demande principale et dans ses conclusions subsidiaires, l'en déboute ;

Condamne la dame Lamblin à payer à Thil la somme de 70 francs pour solde d'honoraires ;

Déboute Thil du surplus de sa demande ;

Condamne la dame Lamblin en tous les dépens.

(Extrait des Archives du *Sou médical.*)

Les experts commis par justice peuvent-ils s'adjoindre un spécialiste pour contrôler leurs propres constatations ?

Le sieur Arnal, toucheur de bestiaux, avait loué ses services au sieur David pour le compte duquel il devait embarquer à la gare de Narbonne un troupeau de dix-neuf vaches. En procédant à l'embarquement, il fut grièvement blessé par un de ces animaux qui, devenu furieux, se précipita sur lui, lui porta un coup de tête dans les reins, le roula à terre et le traîna sur le sol.

Arnal demanda à David la réparation du préjudice causé, suivant application de l'art. 1.385. C. civ. aux termes duquel le propriétaire d'un animal est responsable du préjudice que l'animal a causé.

Un arrêt de la Cour de Montpellier, en date du 1er mai 1903, désigna comme experts MM. les docteur Narbonne, Soulayrac et Payri, médecins-légistes, à l'effet de visiter le demandeur et de rapporter qu'elles étaient la nature et la gravité des blessures occasionnées par l'accident, quelles seraient leurs conséquences pour l'avenir, au point de vue de l'impotence fonctionnelle, et de dire si le blessé se trouvait désormais dans l'impossibilité d'exercer aucune profession.

Les experts constatèrent dans leur rapport qu'après de nombreuses visites, à la suite de l'hospitalisation de l'accidenté, Arnal était atteint d'hystéro-traumatisme avec crises épileptiformes et que son incapacité de travail était absolue. Ils ajoutaient toutefois que, dans un avenir incertain, une atténuation de cet état était possible, mais que cette restriction très dubitative ne modifiait pas leurs conclusions concernant l'incapacité absolue de travail.

David contesta les conclusions du rapport et demanda notamment qu'il lui fut donné acte de ce que les experts commis s'étaient adjoint un quatrième expert, le docteur Augé, également médecin-légiste, et qu'ils s'étaient approprié, sans les examiner eux-mêmes, les constatations et les déductions de ce médecin.

Mais, par jugement du 9 décembre 1903 (*Monit. jud. de Lyon*, 18 déc. 1903), le tribunal de Narbonne a radicalement écarté toutes les conclusions de David qui fut condamné en 12.000 francs de dommages-intérêts. Il considéra notamment que l'examen auquel s'était livré le docteur Augé au moyen des instruments qu'il possède, n'avait fait que corroborer les conclusions auxquelles étaient arrivés les expert commis. En faisant ainsi contrôler leurs propres constatations par celles d'un spécialiste, les experts, loin de méconnaître le mandat qui leur avait été confié, l'avaient tout au contraire consciencieusement rempli. En s'entourant ainsi des moyens d'investigation que les progrès de la science mettaient à leur disposition, ils n'avaient fait qu'augmenter et fortifier la valeur technique de leur travail. Il n'y avait donc pas lieu de s'arrêter à la prétendue irrégularité relevée par le défendeur.

On ne peut pas plus reprocher à des experts de consulter un spécialiste qu'on ne pourrait leur faire grief d'avoir consulté et suivi les indications d'un ouvrage précieux. Cette pratique des experts ne fait que démontrer leur souci de dégager la vérité, en s'adressant à une source plus autorisée, fût-ce même au prix de quelque sacrifice d'amour-propre, amour-propre qui serait d'ailleurs bien mal compris, car il est malheureusement trop évident que la science médicale est si vaste qu'aucune intelligence humaine ne saurait aspirer à complètement l'embrasser.

Concluons donc que les experts commis par justice peuvent s'adjoindre un spécialiste pour controler leurs propres constatations.

(*Loire médicale.*) Ch. Lesoudier.

CORRESPONDANCE

Une question de certificat.

17 janvier 1904.

Très honoré confrère,

Je viens vous soumettre une question et vous demander un conseil :

Le 15 mars dernier, un ouvrier serrurier reçut un petit éclat de métal dans l'œil *gauche* ; ce corps étranger se piqua sur la cornée, d'où il me fut facile de l'extraire, il n'avait pas pénétré profondément.

Tout se passa fort bien, et le 3e ou 4e jour j'autorisai le malade à reprendre son travail, et lui conseillai de faire faire par son patron les déclarations exigées par la loi.

L'accident ayant été insignifiant, ces précautions ne furent pas prises.

Au bout d'une dizaine de jours, le malade revint avec l'œil *droit* atteint de kérato-conjonctivite phlycténulaire très violente. Malgré des soins appropriés, l'inflammation augmenta, la cornée s'infiltra, un vaste abcès central se forma, puis un ulcère avec hypopyon, je dus le perforer au fer rouge ; à la suite il y eut de l'irido-cyclite excessivement violente.

Et cependant au bout de deux ou trois mois l'œil

guérit avec une taie de la cornée, pas très épaisse mais centrale.

La vision centrale était fort gênée, mais la vision périphérique restait très satisfaisante.

Le 31 juillet, mon malade reçut son exeat et je n'en entendis plus parler.

Aujourd'hui, un monsieur, qui se dit l'oncle du blessé, vient me trouver, décidé à intenter un procès au patron ou à la Cie d'assurances, prétendant que l'accident de l'œil gauche a provoqué, par sympathie, la perte de l'œil droit.

Et pour étayer ce procès, il me demande un certificat qui sera la pièce capitale, le point de départ de toute la procédure, et auquel, malgré toute la précision, la prudence que j'aurai mises à le rédiger, les avocats feront dire tout ce qu'ils voudront.

J'ai refusé, me retranchant derrière le secret professionnel et aussi sur le temps écoulé depuis l'accident qui ne me permettait pas des souvenirs assez précis sur l'état du malade les premiers jours après la blessure, et j'ai renvoyé ce monsieur aux pièces qui durent être établies au moment de l'accident ; il n'y en a aucune, paraît-il.

Ce n'est pas ma faute, et le blessé n'avait qu'à suivre le conseil que je lui avais donné.

Et ce monsieur, pas content, me menace de m'obliger par huissier à faire ce certificat.

Que dois-je faire ? Et si je fais un certificat dans quelle forme ? Constater simplement l'état actuel du malade, ou bien raconter la maladie avec le plus de détails possibles ? Dois-je y faire connaître mon avis que cet éclat métallique de OG n'est en rien dans l'affection de l'OD, affection très fréquente et spontanée chez les enfants lymphatiques comme ce jeune homme, ou dois-je n'exprimer aucun avis ?

Et si je fais un certificat, à combien dois-je le tarifer, étant donné cette grosse affaire, et cette grosse responsabilité, sans compter tous les ennuis, dérangements que je puis avoir à supporter.

Vous m'obligeriez infiniment de me répondre directement, le cas est urgent et je n'ose prendre seul une décision.

Recevez, mon cher et honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

X.

Réponse. — Ayant seul donné des soins à votre client, vous pouvez seul procéder aux constatations qu'il réclame : vous n'êtes pas en droit de refuser de le faire, car, entre lui et vous, il n'y a pas de secret professionnel. Sans vous préoccuper de l'usage qu'il fera de cette pièce, vous certifierez sur papier timbré à 0,60 ce que vous avez vu, constaté, soigné, obtenu comme résultat. Pas de considérations étiologiques, pas de dissertations tendancieuses dans un sens ou dans l'autre. Vous vous ferez payer 5 francs par le blessé aux mains duquel vous remettrez le certificat, et vous lui en donnerez quittance que vous le prierez de conserver.

C'est tout.

S'il surgit procès, tribunaux et experts feront leur besogne ; la vôtre sera terminée, car dans le cas où vous seriez appelé à déposer vous vous borneriez à déclarer que vous vous en référez aux termes de votre certificat.

La patente aux médecins étrangers.

Dôle (Jura), 11 janvier 1904.

Cher Confrère,

Je vous serais reconnaissant de me renseigner sur cette question d'intérêt général :

Un médecin suisse, pourvu du diplôme français d'officier de santé, vient donner des consultations tous les jours de foire, à l'hôtel, dans plusieurs villes du Jura ; ces consultations sont régulièrement annoncées par les journaux locaux.

Tout ceci, quoique rasta, est légal et il n'y a rien à dire. Mais ce médecin helvétique et forain est-il astreint à la patente ? Quelle patente ? en vertu de quel décret, loi ou circulaire ?

J'ai précisé ma question pour que vous puissiez y répondre par la Correspondance du Concours. C'est une question qui intéresse tous les médecins de la frontière.

J'ai soumis l'affaire au Contrôleur des Contributions directes, qui est mon client et ami. Tout en trouvant l'imposition de la patente très équitable, il n'a rien découvert dans ses paperasses qui l'autorise, fiscalement, à prendre cette mesure. Dès qu'on lui aura donné la marche à suivre, il marchera.

Merci d'avance, et veuillez croire, mon cher confrère, à mes sentiments tout dévoués. Dr X...

Réponse. — Puis que le fisc tient tant à prendre dans la poche des médecins, il devrait bien le faire dans des cas comme celui que vous signalez. Nous allons prier le « Sou médical » de collaborer pour une fois avec lui.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Que faire pour entraver l'exercice illégal de la médecine ?

Le *Concours Médical* reproduisait, le 9 janvier, d'après le journal *La Pédiatrie Médicale*, une note relative à la poursuite dirigée devant le Tribunal correctionnel contre les exploiteurs et du public et de la " Sanders ", cette ceinture fameuse « pour hommes affaiblis » dont la réclame « impudique » encombre et envahit même toute la quatrième page des « Grands » journaux. J'avais écrit à notre excellent confrère, le Dr Levassort, car j'étais désireux de savoir les motifs pour lesquels le Syndicat des médecins de la Seine n'avait pas interjeté appel du jugement déboutant le ministère public, qui poursuivait d'office, et nos confrères, qui se portaient partie civile. Je reçois de ce confrère une longue lettre et je ne puis résister au plaisir de la communiquer aux lecteurs de la chronique du « Sou médical ». Elle est suggestive à plus d'un titre, cette lettre : elle démontre l'esprit particulièrement indulgent du juge et du public pour les irréguliers de la médecine, alors que leurs jugements sont si durs pour les détenteurs d'un diplôme régulièrement et péniblement acquis au prix de tant de sacrifices.

Mon cher confrère,

Le *Concours Médical*, dans son n° du 9 janvier, reproduit un article paru dans la *Pédiatrie Médicale* relatif à un cas d'exercice illégal de la Médecine. Il s'agit dans l'espèce des fameuses ceintures électriques du Dr Sanders.

Je regrette de ne pas connaître le confrère qui signe B.D. et de ne pas connaître davantage le journal où il écrit, sans cela je lui aurais adressé ma lettre ; mais comme le *Concours* compte un grand nombre de lecteurs, je vous demande la permission de leur fournir quelques explications relatives à ce jugement.

C'est le Parquet qui poursuivait directement les ceintures Sanders et le Syndicat des médecins de la Seine, que j'ai l'honneur de représenter, a crut devoir se porter partie civile. Il y avait là un point intéressant à juger.

L'enquête et l'instruction avaient donné la preuve que S..., agent de la Cie, vendait bien les cein-

tures et envoyait les prospectus avec le fameux questionnaire très détaillé. Le docteur attaché à l'affaire touchait 100 fr. par mois et était relié à la maison par le téléphone (moyen commode, on en conviendra, pour s'adjoindre un docteur et faire s'il le faut les demandes et les réponses en présence des clients). Ce confrère a reconnu avoir donné une vingtaine au plus de consultations par mois. Or il est admis par S... agent de la Cie, que 300 ceintures environ, d'un prix variant de 30 à 500 fr. sont vendues chaque mois ; différence 280 délivrées sans participation médicale.

Ces faits sont avoués tant à l'instruction qu'à l'audience.

Dès que S... se vit poursuivi et qu'il sut que la présence d'un docteur était nécessaire à son trafic de ceintures, il remplaça le Dr X par le Dr Y ; ce dernier devant assister aux consultations et applications.

Comme le dit votre article, un rapport du Dr Brouardel concluait à l'efficacité de ces ceintures en tant que productrices d'électricité ; il s'agissait donc là d'un *agent thérapeutique*.

Or le véritable caractère d'un agent thérapeutique c'est de ne pouvoir être appliqué, conseillé ou prescrit que par un docteur.

On devait donc s'attendre, le fait n'étant pas nié, à ce qu'une condamnation frappe le nommé S... agent de la Sander Electric Co.

Confiant dans cette manière d'interpréter la loi, nous fîmes des démarches nécessaires pour nous porter partie civile. Nous n'avons récolté que les dépens.

Comment le tribunal a-t-il compris les choses ? Mystère. Il n'a pas vu ou n'a pas voulu voir l'escroquerie colossale et la réclame éhontée faite dans la Presse politique... Puisqu'il s'agit d'un agent thérapeutique (rapport Brouardel) le client en a pour son argent. il n'est pas trompé.

Mais alors, répondions-nous par la bouche de notre avocat, s'il y a agent thérapeutique, il faut un docteur et à l'instruction S... a reconnu qu'il n'en avait pas ou du moins qu'il n'était pas souvent présent.

Ce dilemme d'apparence serrée n'a point arrêté le bon Juge... Dès que S... a su qu'il lui fallait un médecin régulièrement attaché à son établissement il en a pris un... il s'est donc mis en règle.

De la sorte on paraît considérer comme simple peccadille tout ce qui résulte de l'enquête.

Quel sens faut-il attribuer au parag. 3 de l'art. 16 de la loi de 1892 : « Exerce illégalement la médecine, toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans le paragraphe précédent, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi » ? Sans doute un sens tout différent de celui que la lettre nous indique.

Conclusion. — Vendre des ceintures électriques n'est pas plus blâmable que de vendre des bistouris ou des bandages herniaires... S... n'a pas commis le délit d'exercice illégal, le parquet est débouté de sa plainte, le Syndicat *idem*, en tant que partie civile et en plus, condamné aux dépens.

Bien entendu, on ne tient pas compte du fameux questionnaire de deux pages ; il est pourtant d'un réalisme assez osé et je ne sache pas qu'on trouve rien de pareil chez les fabricants d'instruments de chirurgie ou chez les bandagistes quand on s'y présente pour acheter un bistouri ou un suspensoir.

Morale. Puisque vendre des ceintures électrique ne constitue pas le délit d'exercice illégal prévu par la loi de 1892, S... s'en tire tout seul et vient de supprimer de ses frais généraux les maigres 100 fr. par mois qu'il donnait à nos malheureux confrères.

Au fond, tout cela est lamentable et ne se reproduit que trop souvent ; le médecin est mal vu quand il se plaint, tandis que le rebouteur et le charlatan inspirent toujours aux juges une certaine pitié qui ne va pas sans un peu de bienveillance... on sent que la sympathie du tribunal ne va point au diplôme, mais à la contrefaçon.

On avait exprimé l'espoir de nous voir aller en appel... il aurait fallu pour cela que le Parquet ait paru regretter son échec.

Or, je suis allé voir le substitut, qui m'a donné le conseil de me tenir tranquille, car son opinion était que nous n'aurions pas plus de succès en appel que devant la dixième Chambre. « Cherchez, m'a-t-il dit, une espèce meilleure ».

Il est bon que tout cela se sache, car à la fin, les médecins finiront peut-être par s'émouvoir et se mouvoir.

Excusez-moi, mon cher Confrère, de cette lettre trop longue, mais il fallait qu'on sache bien que si nous n'avions pas fait appel c'est que nous ne le pouvions pas, le Parquet, acceptant son échec, ne nous aurait pas suivi.

Toujours cordialement à vous.

Dr Ch. Levassort.

P.-S. — Il est à noter que le nom du Dr Sander est inconnu sur tous les annuaires et qu'il n'y a jamais eu de déclaration de diplôme à la Préfecture concernant cet étranger.

D'ailleurs, on peut impunément se dire docteur quand on ne l'est pas : j'ai signalé récemment un certain docteur X... *anoff*, qui ne se gêne nullement pour mettre sur sa carte de visite Docteur X... *anoff*, médecin russe, et ses deux adresses, l'une à Paris, l'autre dans une ville d'eaux très fréquentée.

D'après la loi, tout docteur est obligé de faire le dépôt de son diplôme à la Préfecture et cela sous peine d'amende ; quand on n'a pas de diplôme on ne peut naturellement vous contraindre à le présenter.

X... anoff, invité à remplir les formalités exigées par la loi, a dit qu'il n'était pas docteur ; le Parquet m'a renvoyé le dossier en me disant que le délit d'exercice illégal ne semblait pas établi.

Après celle-là, il n'y a plus qu'à tirer l'échelle et j'ai eu raison de dire que la loi de 1892 ne protégeait que ceux qu'elle devrait atteindre.

Si vous avez des fils, vous auriez tort de leur faire perdre du temps à acquérir des connaissances médicales, à passer des examens, etc... On peut être docteur à moins que cela. Si mon récit trouve des incrédules, j'ai toutes les pièces à l'appui de ce que j'avance et les tiens à leur disposition.

Dr Ch. L.

Que de choses à faire ! Mais pour aboutir il faut évidemment modifier « l'esprit public », ce qui n'est pas chose aisée. Réunir un Congrès composé de médecins, d'avocats, de magistrats, de fonctionnaires, où seraient discutées les diver-

ses questions que soulève l'exercice illégal de la médecine, serait chose à tenter. Ce serait là de la protection de la Santé publique au premier chef, et puisque l'hygiène est à l'ordre du jour, ce serait un moyen de faire de bonne prophylaxie sanitaire.

Dr DE GRISSAC,
Secrétaire général du « Sou médical ».

REPORTAGE MÉDICAL

L'American medical Association, d'après ce que rapporte le *Lyon médical*, vient de commencer l'étude d'une question intéressante : celle de la publicité donnée aux remèdes secrets par la presse médicale. Elle vient de voter d'abord les résolutions suivantes : 1° les journaux qui n'insèrent pas les réclames médicales suspectes doivent être soutenus par les médecins ; 2° on recommande d'écrire pour ces journaux une série d'articles sur les dangers provenant des traitements charlatanesques ; 3° il faut interdire par voie législative la vente des remèdes dangereux contenant un poison ; 4° les remèdes secrets qui sont désignés pour le traitement des malades ne doivent pas être patronnés par les médecins ; les journaux médicaux n'en doivent pas accepter les annonces, dit l'*American med. Association*, ni les exposer dans leurs vitrines ; 5° il faut exiger des fabricants de mettre les noms scientifiques ou chimiques des remèdes, outre les noms employés dans le commerce ; 6° on continuera l'étude de cette question dans la commission de l'Association.

Le contrôle des thermomètres médicaux. — Au laboratoire du Conservatoire des arts et métiers, un service de vérification des thermomètres médicaux fonctionne depuis quelques mois. Il en était grand besoin, car la *Gazette médicale de Paris* nous dit y avoir appris que, parmi les instruments présentés, un sur huit, à peu près, se trouvait parfaitement exact. Avis à nos confrères qui feront bien désormais d'exiger le poinçonnage.

Les dispensaires antialcooliques. — Nous avons déjà parlé de la cure des buveurs qui se pratique au sanatorium de « la Source », avenue des Arts, Parc, Saint-Maur, sous la direction de M. et Mme Legrain.

Une autre initiative intéressante vient d'être prise. Dimanche a eu lieu, 49, rue Saint-André-des-Arts, sous la présidence du docteur Jules Voisin, médecin en chef de la Salpêtrière, l'inauguration du dispensaire anti-alcoolique, créé par le docteur Bérillon, professeur à l'école de psychologie.

Ce dispensaire n'a pas pour but de prêcher l'abstinence totale, mais de venir en aide, par une direction morale et des soins s'adressant à la fois au mental et au physique, à ceux qui cèdent à l'impulsion irrésistible vers les boissons alcooliques.

Le docteur Bérillon a fait une conférence sur le traitement des buveurs par la suggestion hypnotique.

Exercice illégal de la médecine. — Le tribunal d'Epernay a eu à s'occuper, le 30 novembre dernier, d'une poursuite contre le curé d'Igny-le-Jard (Marne), provoquée par les syndicats médicaux de la Marne et les syndicats pharmaceutiques du même département. A différentes reprises, cet ecclésiastique, alors qu'il était curé de Thibié, avait eu déjà, pour le même motif, maille à partir avec le tribunal correctionnel de Châlons-sur-Marne.

A l'audience, le prévenu soutient qu'il ne « donne des conseils qu'aux malades non soulagés par les soins médicaux » et qu'il le fait par devoir d'humanité. Après l'audition de treize témoins et celle de M. Harant, pharmacien, nommé expert pour l'examen des produits pharmaceutiques incriminés, M. Grignon, substitut du procureur de la République, prononce un long réquisitoire et conclut en requérant contre l'abbé Goyon une sévère application de la loi.

Après une suspension d'une demi-heure, l'audience est reprise, et Me Robert, qui s'est constitué au nom de la partie civile, réclame quelques milliers de francs de dommages-intérêts pour les différentes corporations plaignantes. Après la plaidoirie de Me Perrault, le tribunal correctionnel condamne l'abbé G. à 500 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine ; il le condamne, en outre, à trois amendes de 200 francs chacune pour exercice illégal de la pharmacie. Il alloue en outre 500 francs au syndicat des médecins de la Marne et 100 francs au syndicat des pharmaciens, à titre de dommages-intérêts. L'abbé G. est enfin condamné à tous les frais du procès.

Une révocation d'un maire pour complicité d'exercice illégal de la médecine. — Le gouvernement deviendrait-il, en matière d'exercice illégal de la médecine, un empêcheur de danser en rond ?

Les journaux nous apprennent la révocation d'un M. Canteteau, maire des Brougils (Vendée) qui avait permis l'exercice de la médecine à un empirique en certifiant l'existence d'un prétendu diplôme de docteur en médecine.

On ne nous dit pas si cet administrateur délicat avait donné à son protégé le bureau de bienfaisance et la Société de Secours mutuels, mais ces choses-là se voient, et les électeurs s'inclinent.

La protection de la santé publique, la liberté du malade de choisir son médecin, autant de vieilles guitares pour les potentats de village, héritiers des habitudes d'autorité des siècles passés.

Un cours libre de Biologie expérimentale. — Il est ouvert à la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, et professé par M. le Dr Baraduc, le jeudi à 5 heures.

Il a pour titre : L'homme fluidique : enregistrement des vibrations de la vitalité humaine par les méthodes de l'auteur. »

Faculté et Hôpitaux.

Un concours pour la nomination à 2 places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 28 mars 1904 à midi dans la salle des concours de l'administration rue des Saints-Pères, 49. On s'inscrit à l'administration, centrale, 3, avenue Victoria, service du personnel, de midi à 3 heures, du lundi 22 février au samedi 5 mars.

Médaille d'or. — Le jury du concours des prix de l'internat est ainsi composé :

Médecine. — MM. Rénon, Lamy, Soupault, Roger, Guyon.

Chirurgie et accouchements. — MM. Beurnier, Faure, Hartmann, Lermoyez, Rudoux.

Les exercices pratiques réglementaires de médecine opératoire commenceront à l'Ecole Pratique de la Faculté le mercredi 1er mars 1904. Ils auront lieu tous les jours à 1 heure. Ces travaux sont obligatoires pour la 12e inscription. Les élèves en cours irrégulier d'études, ayant au moins 10 inscriptions, pourront s'inscrire après autorisatien. On s'inscrit sur production de la quittance d'inscription de janvier 1904.

Le jury du concours d'agrégation de chirurgie est ainsi composé : M. le prof. Guyon, prés. ; MM. les prof. Le Dentu, Budin, de Lapersonne, Kirmisson, Hergott, Jaboulay, Tédenat, Carlier.

Le Directeur-Gérant : H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 6 6 FEVRIER 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

LA RÉFORME DES ETUDES MÉDICALES

L'enseignement de la Physiologie : Interview du Professeur Charles Richet.

L'enseignement de la physiologie dans les Ecoles de médecine, en général, et à la Faculté de Paris, en particulier, demande-t-il des réformes et est-il susceptible d'améliorations : telle était la question que nous désirions soumettre à la haute compétence du Professeur Charles Richet. Le savant maître, tout entier à ses travaux et à ses leçons, nous reçut, la semaine dernière, dans son laboratoire, et les quelques instants d'entretien qu'il voulut bien nous accorder, nous ont montré, une fois de plus, qu'un esprit élevé sait allier la philosophie la plus haute aux conclusions pratiques les plus judicieuses.

— Vous me parlez, nous dit M. Richet, des études médicales. Eh bien, sur ce sujet, j'ai des idées particulières, entièrement personnelles et assez pessimistes. En matière d'enseignement médical il me semble que, peut-être, contrairement à la fable de La Fontaine, « c'est le fonds qui manque le plus ». Je m'explique. Les Facultés de médecine ouvrent leurs portes avec trop de facilité ; aussi reçoivent-elles des élèves très inégalement doués, dont un grand nombre viennent uniquement parce qu'ils sont certains d'avance d'entrer sans faire preuve de capacités remarquables. L'élite intellectuelle de la jeunesse ne se dirige pas vers nos Facultés, elle aspire à des Etablissements plus exigeants, l'Ecole polytechnique, par exemple. J'ai dit autrefois, et je crois avoir écrit également cette phrase, qui traduit nettement ma pensée : « L'Ecole polytechnique prend des aigles... » et j'ajoutai (on me pardonnera l'expression) «...pour en faire des oies ! » Que l'on conteste ou non la seconde partie de ma phrase, on ne saurait mettre en doute la justesse de la première. Les fortes intelligences se tournent plus volontiers, dès leur jeunesse, vers d'autres carrières que vers la profession médicale.

— Je vous ai fait remarquer, poursuit M. Richet, que mes idées étaient, sur ce point, pessimistes. Laissez-moi néanmoins vous les développer, car elles n'offrent pas seulement un intérêt spéculatif, elles comportent une déduction pratique. Laissez-moi vous exposer d'abord les considérants de la cause, comme on dit au Palais, et j'en tirerai tout à l'heure la conclusion utilitaire qui convient.

Pour faire de bonnes études médicales, il faut trois conditions : l'intelligence, le travail et un enseignement rationnellement compris. Ces trois éléments ont une valeur tout à fait inégale, et si je représente leur total par un chiffre, 100 je suppose, j'attribuerai à l'intelligence de l'élève 90, à son travail 5, et à l'enseignement 5. Dans mon esprit, vous le voyez, ce dernier est un coefficient assez mince comparé à l'importance que j'attache à l'intelligence et à la culture intellectuelle de l'étudiant. A mon sens, là réside le progrès. Le médecin, dont le rôle social est considérable, doit avoir des qualités à la fois variées et solides : il ne peut les acquérir qu'à la condition d'y être préparé par sa valeur personnelle et par la culture scientifique qu'il a reçue. Pour avoir de bons médecins, choisissons de bons élèves, et j'arrive ainsi tout naturellement à cette déduction : tâ-

chons de diriger, dans nos Ecoles, l'élite intellectuelle qui semble ignorer combien les sciences médicales sont attrayantes pour l'esprit. Exigeons des élèves le niveau scientifique le plus élevé possible... c'est pourquoi, — et je me mets ici en désaccord apparent avec mes collègues, professeurs de physique, chimie et histoire naturelle médicales, à la Faculté de Paris, — je demeure partisan du P. C. N., à titre d'éducation et de classement général des futurs étudiants en médecine. Sans doute, MM. Gariel, Gautier et Blanchard sont plus compétents que moi sur le programme lui-même de cet enseignement, mais, me plaçant au point de vue de l'intérêt général des études, j'estime le P. C. N. une bienfaisante innovation.

— Nous sommes heureux, mon cher maître, disons-nous, de voir votre haute compétence sanctionner les conclusions du *Concours Médical*, c'est-à-dire la conservation du P. C. N. et l'élimination des candidats insuffisants par une première année consacrée aux applications médicales des sciences physiques et naturelles.

— Si j'aborde maintenant, poursuit le professeur Richet, familièrement accoudé sur son bureau, ce qui concerne l'enseignement de la physiologie, j'aurai peu de chose à dire. L'importance de la physiologie pour le médecin n'a pas besoin d'être démontrée. On ne saurait apprécier l'anormal que si l'on connait bien le normal : que penseriez-vous d'un horloger qui se chargerait de réparer une montre dont il ignorerait le mécanisme fondamental ? Vous ne lui confieriez aucun travail et vous auriez raison. La situation du médecin vis-à-vis de la physiologie est semblable. Nous enseignons aux élèves à reconnaître le fonctionnement de l'organisme sain. Nous leur apprenons, par exemple, à juger sur eux-mêmes, l'action de la lumière sur la pupille, les phénomènes de l'accommodation, les réflexes, les rapports de la respiration avec le pouls et les battements cardiaques, la défense des voies respiratoires grâce à la glotte, etc.; puis nous leur montrons, par contraste, l'état de maladie créé au moyen des poisons, des toxiques du système nerveux et du cœur. Cet ensemble développe, chez eux, le jugement, et constitue une base, une introduction à la clinique tout autant, et plus même si on y réfléchit bien, que les heures passées à disséquer les muscles interosseux de la main ou l'aponévrose jambière.

Est-ce à dire que les médecins doivent être des physiologistes accomplis et doivent posséder à fond la physiologie entière. Je ne le crois pas. Ils peuvent se contenter des notions principales et il n'est nullement besoin pour eux d'être initiés aux mille détails de la pratique de nos laboratoires. Avec le programme actuel, les élèves peuvent apprendre tout ce dont ils ont besoin, par les cours et par les travaux pratiques. Ces derniers suffisent largement à l'enseignement expérimental, et, pour ma part, je ne fais aucune expérience dans mes leçons. J'admets la vivisection, je m'en sers sans hésitation lorsqu'elle a un but scientifique et utilitaire ; je la répudie au contraire lorsqu'elle ne remplit plus ces conditions et ce serait le cas dans nos leçons magistrales.

Je n'ai donc rien à demander pour la physiologie, si ce n'est deux petits souhaits dont l'un s'adresse à mes collègues des hôpitaux et l'autre à notre doyen, M. le Professeur Debove.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux laissent volontiers entendre à leurs stagiaires que la médecine est seulement au lit du malade et que l'enseignement de la Faculté compte pour très peu de chose. Les élèves écoutent d'autant mieux de tels conseils que cela diminue leur travail et ils arrivent ainsi à négliger gravement certaines études absolument essentielles.

L'autre souhait que j'ai d'ailleurs présenté déjà à M. Debove, est le suivant : les étudiants subissent l'examen de physiologie en janvier ou février, c'est-à-dire juste au milieu du cours que je professe. Vous vous doutez de ce qui se passe : une fois leurs épreuves terminées, les élèves qui avaient commencé avec moi une étude, la cessent immédiatement et ne tirent guère profit de leur travail incomplet. Je sais bien que, en principe, ils ont dû suivre, durant les deux années précédentes, les leçons de physiologie, mais, dans la réalité, l'étudiant — candidat avant tout — s'intéresse uniquement aux matières de son plus proche examen, l'anatomie dans le cas particulier. J'ai demandé à M. Debove de m'autoriser à faire mon cours en deux mois, novembre et décembre, une leçon chaque jour au lieu de trois par se-

---

FEUILLETON

L'automobile du docteur.

Fervent adepte de l'automobilisme, c'est avec intérêt que j'ai lu les différents articles de notre distingué confrère le docteur Coup. Grâce aux considérations qu'il a fait paraître dans le « *Concours Médical* » en novembre 1902, j'ai appris à connaître l'automobile pratique du docteur, ses avantages sur le cheval, et je suis devenu propriétaire, en février 1903, d'un coupé démontable de la maison Léon Buat, de Senlis. Aujourd'hui, après une année de pratique, je me fais un devoir d'exposer, en ces quelques lignes, les avantages précieux que j'ai reconnus à ce genre de véhicule.

Comme son titre l'indique, *la voiture du docteur*, résume bien dans ces 4 mots tout ce que nous sommes en droit d'en attendre ; en effet, quel autre système peut aussi bien permettre de se passer de conducteur, tout en étant confortablement installé dans un élégant coupé (que l'on dirige soi-même à l'abri de toutes les intempéries), identique comme bien-être au traditionnel coupé hippomobile. Et cette voiture, couverte l'hiver, peut se découvrir en quelques minutes l'été, et même se transformer très rapidement en tonneau à quatre places. Indépendamment de ces avantages, il en existe un autre qui est primordial. Quelle carrosserie peut mieux que ce coupé, hermétiquement clos, nous éviter la brusque transition de température que nous éprouvons quand nous sortons de la chambre d'un malade ? Cette différence de température est très appréciable, au contraire, avec une carrosserie simplement pourvue d'une glace à l'avant, d'un dais ou d'une capote; dans ces genres de carrosserie, le déplacement de l'air froid produit par la vitesse nous incommode rapidement. Avec le coupé automobile, rien de tout cela ; sortant d'un appartement bien chaud, nous n'éprouvons, en effet, aucun contraste, nous pouvons au besoin obtenir une température très satisfaisante par l'emploi de la bouillotte alimentée par l'eau chaude du radiateur. En outre, voyageant à découvert, vous arriverez chez vos clients dans une tenue peu présentable et peu digne d'un docteur. Tout cou-

maine. De cette manière les candidats passant en janvier pourraient suivre un cours complet.

— Comme conclusion, vous le voyez, pour l'avenir des sciences médicales, j'attache moins d'importance au programme d'enseignement qu'à la culture scientifique et à la valeur intellectuelle des élèves. Mon pessimisme a un avantage : il me conduit à rechercher le mieux. C'est pourquoi j'applaudis à toute mesure susceptible d'éloigner de la médecine les intelligences qui n'ont pas l'ampleur suffisante. Le P. C. N. a été une de ces mesures. Les bons élèves en physique, chimie, histoire naturelle feront les bons élèves en anatomie et physiologie et ces derniers formeront les bons cliniciens. Telles seront mes conclusions ..

— Je constate avec plaisir, mon cher maître, que ce sont précisément celles qu'a formulées, au mois de novembre dernier, l'assemblée générale du « Concours médical »

Dr P. Lacroix.

LA SEMAINE MÉDICALE

La mobilisation des fractures.

M. le professeur Cornil a communiqué récemment à l'Académie de Médecine, les résultats de ses expériences avec M. P. Coudray, en vue de corroborer les affirmations que M. Lucas-Championnière n'a cessé de professer et d'appliquer depuis plus de 25 ans, à savoir que l'on perd son temps et surtout celui de ses malades en les immobilisant dans des appareils inamovibles et que la meilleure réparation des fractures s'obtient par un traitement méthodique dans lequel une « certaine dose de mobilisation » est un des éléments nécessaires.

La communication de M. Cornil et de M. Coudray porte sur l'étude approfondie de ce qui se passe chez les animaux. Les auteurs ont opéré sur des lapins. Leurs résultats sont surprenants. Voici d'ailleurs comment ils ont résumé leurs expériences :

Dans les fractures mobilisées nous voyons au bout d'un certain temps (onze à douze jours) l'irritation aboutir à la production d'un *tissu fibreux* qui s'interpose entre les fragments déjà recouverts par le cartilage qui est beaucoup plus abondant que l'os nouveau. C'est la présence de ce tissu fibreux qui protège le tissu osseux nouveau.

« Nos recherches sur les fractures abandonnées à elles-mêmes indiquaient une consolidation très rapide (quinze à dix-huit jours), soit que les fragments fussent au contact, soit qu'il y eut chevauchement. La mobilisation journalière nous montre, d'autre part, l'extrême difficulté qu'il y a de provoquer des pseudarthroses chez l'animal.

On ne peut, sans doute, conclure du lapin à l'homme, mais on sait à n'en pas douter que les phénomènes histologiques du cal sont identiques chez l'un et chez l'autre. Rigal et Vignal, entre autres, en ont donné la démonstration en comparant des cals expérimentaux avec des cals humains ; chez ces derniers, il y avait un processus un peu plus lent, mais en somme la différence était minime et ne portait que sur quelques jours. Cette manière de voir est en concordance avec l'opinion de M. Lucas-Championnière qui pense que chez l'homme les fractures traitées par la mobilisation *articulaire* et le massage se consolident beaucoup plus vite qu'on ne le croit généralement.

En somme, *la mobilité des fragments* n'a pas sur la non-consolidation des fractures l'importance primordiale qu'on lui a attribuée autrefois. Il faut donc penser que lorsqu'une fracture ne se consolide pas, il y a une autre cause que la mobilité ; en d'autres termes la mobilité est plutôt un résultat qu'une cause de la non-consolidation. Il y a, ou bien un obstacle local à la consolidation, appareil trop serré ou placé prématurément et par suite exerçant une compression, ou bien une interposition musculaire ; ou bien il faut incriminer une cause générale en vertu de laquelle les tissus manquent de plasticité.

Il est vraisemblable que le meilleur traitement de la non-consolidation, l'interposition musculaire mise hors de cause, est la mobilisation plus ou moins énergique des fragments suivant une

---

vert de poussière et de boue, vous n'oserez visiter vos malades. Dans un coupé, rien de semblable, propre vous montez en auto, propre vous pouvez entrer chez vos clients.

Pourtant l'on a fait bien des objections à l'emploi du coupé-automobile, mais elles sont facilement réfutables. La glace, prétend-on, est dangereuse, elle gênerait la conduite de la machine et la rendrait moins sûre. Mais détrompez-vous, la glace n'est pas plus gênante qu'une paire de lunettes, au contraire elle rend plus de service sans avoir les inconvénients des lunettes. Munissez-vous de n'importe quelle paire de lunettes, même la plus perfectionnée, les verres se couvriront bien vite de buée, aussi bien en hiver qu'en été. La glace du coupé ne s'obscurcit pas, il suffit pour cela de prendre quelques précautions. Ainsi tout l'hiver, même par des froids de moins 12 degrés, malgré la douce température de l'intérieur de mon coupé, la glace restait transparente. J'avais simplement roulé un des rideaux de côté du coupé, et l'air pouvait se renouveler au niveau de la face intérieure du carreau. D'ailleurs ien de plus simple que de rendre cette glace mobile sur charnières, vous pouvez ainsi la supprimer momentanément.

On a dit également que la dépense était plus forte en essence avec un coupé automobile. Je ne m'en suis pas aperçu, avec un moteur monocylindrique de 9 chevaux. Je brûle une moyenne de un litre d'essence par dix kilomètres. Ce n'est pas excessif en pays de montagnes. Quant au mode d'allumage, je me suis toujours servi de la pile sèche, que je trouve plus économique et plus avantageuse que l'accumulateur. L'accumulateur est si difficile à recharger à la campagne, tandis qu'il est si facile d'avoir une pile de rechange ! En outre une pile sèche me permet de faire en moyenne deux mille kilomètres en coupé, avant de la changer ; ce qui est d'ailleurs bien beau.

En résumé, tant au point de vue dépense qu'au point de vue confortable, je conseillerai franchement aux confrères l'emploi du coupé automobile, car il m'a toujours donné pleine et entière satisfaction.

Dr E. Fischer,
Rougemont-le-Château, territoire de Belfort.

méthode, qui n'a rien de nouveau, puisqu'elle a été recommandée par Celse. Expérimentalement, la méthode n'a rien de dangereux, à la condition que la peau ne soit pas trop irritée ni amincie par les fragments. Sinon, on pourrait voir survenir de la suppuration, même sans perforation des téguments.

« Les lésions provoquées par ces mobilisations des fragments n'ont rien de bien grave : ce sont de petites hémorrhagies que nous avons rencontrées dans le tissu conjonctif inter-fragmentaire, une inflammation de ce tissu conjonctif et des esquilles microscopiques, ces derniers témoignant d'une vigueur incontestable dans la prolifération des fragments. »

On ne peut être plus affirmatif, et la ténacité de M. Lucas-Championnière dans l'application de sa doctrine se trouve ainsi justement récompensée, puisque désormais, il n'y aura plus d'objections sérieuses à lui opposer.

Les lois de la formation des sexes.

M. le Dr Guiard a exposé à la Société médicale de l'Elysée ses idées sur les lois de la formation des sexes, d'après plusieurs observations du Dr Zychon, d'Amillis.

« Une dame s'adressait en février dernier à M. le Dr Zychon ; ses règles étaient supprimées depuis cinq mois ; elle était enceinte ; M. Zychon lui déclara qu'elle était enceinte et qu'elle accoucherait très probablement d'un enfant de sexe féminin.

« La durée habituelle du flux menstruel était de huit jours. La dernière époque avait débuté le 5 septembre 1902 et, le 8, la femme avait été prise de force, debout, contre un mur. Le coït avait été parfaitement consommé.

« C'est le troisième jour de la menstruation qu'avait eu lieu le rapport fécondant. L'ovule se trouvait encore dans la phase initiale ou féminine de son évolution. Il devait logiquement, d'après la loi de Thury, produire une fille, c'est ce qui advint.

« Une autre femme, dont les dernières règles avaient commencé le 25 octobre 1902, les vit se terminer le 1er novembre. Le mari, qui était retenu au loin par ses occupations, revint ; le 7 novembre, il remplit son devoir conjugal et repartit aussitôt. Plus de menstruation. Grossesse. D'après la date du coït fécondant par rapport à l'époque menstruelle, M. Zychon annonça pour le mois d'août 1903 la naissance d'un garçon. L'événement confirma ces prévisions le 15 août ».

M. Guiard place chez la femme, au troisième jour après ses règles, la transition de la phase féminine de l'ovule à la phase masculine. Il admet donc, comme règle générale, que la fécondation 4 ou 5 jours avant le flux menstruel, pendant sa durée, ainsi que les deux jours consécutifs, engendre une fille et, au contraire, un garçon, lorsqu'elle s'effectue entre le quatrième et le dix ou douzième jour après sa terminaison. Conception précoce : le produit doit être du sexe féminin. Conception tardive : le produit doit être du sexe masculin.

Les névrites périphériques des tuberculeux.

M. le Dr A. Le Breton, d'Avranches, a consacré sa thèse à l'étude des névrites périphériques des tuberculeux. Voici en quelques lignes, les résultats de ses recherches :

Les névrites périphériques sont très fréquentes au cours de la tuberculose ; leur variété de distribution et de symptomatologie explique le polymorphisme clinique de tous les troubles nerveux des tuberculeux.

La forme paralytique est rare, ou du moins elle est le plus souvent rattachée à toute autre cause, l'alcoolisme principalement, et c'est ce qui peut la faire méconnaître ; la névrite peut être localisée à un membre ou segment de membre : elle peut aussi affecter la forme de polynévrite généralisée, atteignant les quatre membres ; certains antécédents du malade rendent très difficile le diagnostic, principalement l'alcoolisme qui crée des lésions presque identiques à celles de la tuberculose.

Le plus souvent, il y a association de la tuberculose et d une autre cause, l'alcoolisme surtout ; il est alors très difficile de faire la part de l'une et de l'autre.

C'est pourquoi, il vaut mieux conserver l'appellation de névrite des tuberculeux, et non celle de névrite tuberculeuse, les faits observés sont assez nombreux, mais ils ne sont pas assez sûrs.

Le diagnostic avec les maladies de la moelle est souvent délicat ; il est pourtant très important de le faire, puisque de lui dérive le pronostic.

Ce pronostic *quoad vitam* est lié beaucoup plus à la lésion pulmonaire qu'à la lésion du nerf ; celle-ci en effet peut s'améliorer au point de disparaître complètement.

Le traitement est général en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire ; local en ce qui concerne les polynévrites : sinapismes, mouches de Milan, vésicatoires volants, badigeonnages de salicylate de méthyle, d'huile au gaïacol, frictions de baume nerval, de térébenthine, de chloroforme, applications de pointes de feu, piqûres hypodermiques (morphine, atropine, cocaïne).

CLINIQUE ORTHOPÉDIQUE

Hôpital Trousseau : M. le Professeur Kirmisson.

Traitement orthopédique et chirurgical de la paralysie infantile

La thérapeutique de la paralysie infantile ressort, pour une très large part, de la chirurgie. Cette dernière, sans doute, ne saurait avoir aucune espèce de prétention lorsqu'il s'agit d'attaquer la lésion médullaire elle-même, la polyomyélite antérieure, mais, sur ce chapitre, il faut le reconnaître, la pharmacologie n'est guère plus avancée. Il n'existe aucun médicament, ayant une valeur quelconque, pouvant être opposé utilement aux altérations morbides de la moelle, causes de la paralysie infantile.

Le traitement dirigé contre l'atrophie et l'impotence musculaires constitue déjà un premier pas vers l'intervention chirurgicale. Pour stimuler la contractilité affaiblie des muscles, on met en œuvre, en effet, à côté de moyens purement médicaux, frictions excitantes, bains salés, bains sulfureux, bains chauds, des procédés qui touchent de près à la petite chirurgie : les massages et surtout l'électrisation.

L'électrisation, dans la cure de la paralysie infantile, peut être employée sous deux formes. Au début, on se servira de courants galvaniques, descendants de préférence, le pôle positif étant placé — je suppose une paraplégie — à la région lombaire et le négatif étant promené de haut en bas sur les différents segments paralysés, cuisses, mollets, etc. Les séances dureront, par exemple, 10, 15 ou 20 minutes, et seront répétées 3 fois par semaine. Plus tard, lorsque les muscles atteints commencent à retrouver un peu d'activité, il deviendra indiqué de s'adresser aux courants faradiques de faible fréquence. La galvanisation agit principalement sur la nutrition musculaire et la faradisation sur la motilité qu'elle stimule, constituant ainsi un véritable traitement orthopédique du muscle auquel elle fait exécuter une série de mouvements. Il faut bien se pénétrer, dans la pratique, de ces divers modes d'action, pour ne pas tomber dans des excès dangereux. N'oubliez pas que l'emploi prématuré et intempestif des courants faradiques épuise le muscle fatigué : la faradisation musculaire est un exercice qui, comme tous les exercices, a besoin d'être dosé si l'on ne veut pas aboutir au surmenage.

Ceci établi, arrivons maintenant à la cure chirurgicale proprement dite elle commence avec le traitement degré de la difformité, et se présente sous deux aspects divers suivant qu'elle est préventive ou curative.

Traitement préventif des difformités

Vous avez à soigner un enfant atteint de paralysie infantile et, en l'observant attentivement, vous remarquez chez lui une tendance de plus en plus marquée à la production d'une déformation. Le petit malade, par exemple, tourne son pied dans le sens du varus ou du valgus, ou bien, dans la station debout, il a tendance à déformer son genou, qui se place en genu valgum ou recurvatum. La déviation du membre est évidente et s'accuse progressivement : qu'allez-vous faire ? Vous devez vous adresser aux appareils orthopédiques. Vous choisirez ces derniers aussi légers que possible, car il ne faut pas imposer à un membre déjà faible, à des muscles dont la contractilité est amoindrie, de porter, avec le poids du corps, des appareils de 1000 et 1500 grammes. Vous prendrez bien garde, également, que ces tuteurs ne viennent pas contusionner les points sur lesquels ils s'appuient ; je vous rappelle que l'un des inconvénients de la paralysie infantile est de créer des troubles trophiques qui se traduisent par du refroidissement local et des ulcérations tenaces.

Vous m'entendez dire fréquemment que, en matière de chirurgie orthopédique, les appareils sont un mal nécessaire. Ce sont, certes, dans nombre de circonstances, des agents très utiles ; il convient toutefois de les employer judicieusement lorsqu'ils sont indiqués et il est bon de savoir s'en passer lorsqu'ils ne sont pas indispensables.

Prenez un enfant frappé de paralysie infantile ; ses muscles sont affaiblis mais ses membres ont néanmoins conservé leur direction normale. Ce petit malade se tient debout et marche, plus péniblement peut-être qu'un enfant sain, mais sans qu'il y ait déviation de la rectitude du membre. En pareille circonstance ne vous adressez pas aux appareils.

Voici un autre jeune patient chez lequel, au contraire, une déformation commence à se produire et à s'accentuer. Vous allez, ici, avec un appareil approprié, prévenir le développement du mal. Si la difformité siège au pied, vous vous contenterez d'une chaussure orthopédique. Vous savez sur quel principe je base leur construction. Nous nous proposons d'imprimer au pied, grâce à elle, une déviation de sens inverse à celle que produit la maladie. Lorsqu'il y a, par exemple, tendance au varus, je préconise une semelle convexe à la partie externe, relevant le bord externe du pied ; c'est naturellement l'opposé lorsqu'il y a tendance au valgus. La semelle sera faite sans talon ou avec talon surélevé, selon que l'équinisme ou le talus domine.

Ces bottines dont les semelles sont ainsi disposées pourront être renforcées par des contreforts ou des tiges métalliques. N'oubliez pas, chaque fois que vous aurez recours à de semblables chaussures chez les jeunes enfants, d'enrouler autour du cou-de-pied une bande de crêpe souple, de façon à éviter la pression trop directe des contre-forts sur les malléoles.

Si les altérations remontent plus haut, s'il y a difformité du genou, de telles bottines ne sont plus suffisantes. Il est indispensable, alors, d'avoir recours aux appareils à tuteurs latéraux, remontant au-dessus de l'articulation atteinte, que l'on aidera ou non d'une bande de rappel à la partie interne, comme pour le genu valgum des adolescents.

Si, enfin, la hanche est intéressée, les appareils orthopédiques devront arriver jusqu'à elle et comprendre une ceinture embrassant le bassin.

Un point extrêmement important dans la construction des appareils est la connaissance de l'état du triceps fémoral. La paralysie de ce muscle, en effet, empêche d'utiliser tout appareil portant une articulation au niveau du genou. Je vous ai dit, dans une précédente leçon, à quels signes on diagnostiquait l'impotence du triceps (impossibilité de détacher le talon du plan du lit, marche avec la main fixée sur la partie antérieure de la cuisse) (1). La constatation de ces deux symptômes vous obligera à appliquer l'appareil tout le long du membre qui sera ainsi transformé en un levier rigide. Parfois, le triceps est seulement affaibli ; vous pourrez faire, dans ce cas, une articulation à mouvements limités, avec, au besoin, une genouillère de tissu élastique placée au-devant du genou, pour aider le muscle atrophié.

Lorsque les difformités sont, non plus en voie de formation, mais constituées, les appareils demeurent encore utilisables, à la condition expresse, toutefois, que les déformations puissent être réduites par la seule pression des mains. Si, au contraire, la déviation est permanente et irréductible, du fait de la contracture des muscles antagonistes, il faut, avant toute application d'appareil, lever l'obstacle par une intervention chirurgicale.

La question de la ténotomie se pose à ce moment. Pour le genou et pour la hanche je suis partisan de la ténotomie à ciel ouvert. Le nerf sciatique poplité externe offre des rapports tellement intimes avec les tendons du jarret qu'il est souvent difficile de ne pas le blesser dans les opé-

(1) *Concours médical*, n° du 30 janvier 1904.

rations sous-cutanées : les meilleurs opérateurs l'ont sectionné malgré eux et cette circonstance est pleinement suffisante pour adopter la ténotomie à ciel ouvert, au creux poplité. Il en est de même à la hanche lorsqu'il s'agit de couper le tenseur du fascia lata ou le couturier dont le voisinage est immédiat avec certains vaisseaux importants. Je n'entre pas plus à fond dans cette discussion que je résume par le conseil suivant : quand il s'agit de la hanche et du creux poplité, faites la ténotomie à ciel ouvert pour éviter les voisinages dangereux.

L'importance de la ténotomie, en matière de traitement des difformités de la paralysie infantile, est considérable. Vous verrez des malades véritablement transformés par l'opération. Ils étaient auparavant de réels culs-de-jatte ou bien ils marchaient péniblement avec deux béquilles. Une fois les ténotomies nécessaires effectuées, les membres reprennent leur direction normale et les patients peuvent marcher avec un modeste appareil ou une simple canne. La marche, effectivement, demande peu de vigueur musculaire. Selon la théorie des frères Weber, vous le savez, le membre inférieur oscille comme un balancier de pendule et il faut, pour l'actionner et permettre la marche, une force faible : l'intégrité, même relative du muscle psoas-iliaque, est suffisante. Les résultats obtenus, eu égard à la gravité de tels cas, sont remarquables et la condition sociale des malades, surtout s'il s'agit de jeunes filles, se trouve entièrement transformée.

Pour le pied, je suis partisan de la ténotomie à ciel fermé, sous-cutanée. Ici, en ayant soin de pénétrer du côté interne, où siègent l'artère et le nerf tibial postérieurs, il n'y a aucun danger.

Le rôle de la ténotomie a été très diversement apprécié.

Vous rencontrerez des chirurgiens qui disent : la ténotomie est une mauvaise opération ; en sectionnant un tendon rétracté, vous substituez à un pied-bot, qui était fixe, un pied-ballant beaucoup plus pénible. Vous trouverez d'autres auteurs qui, par excès opposé, coupent à tort et à travers tous les tendons rétractés.

La vérité, comme presque toujours d'ailleurs, a sa place entre les deux opinions. La ténotomie, dans la cure des déformations de la paralysie infantile, constitue une excellente intervention qui, dans nombre de circonstances, procure des résultats absolument remarquables. Mais, il est nécessaire d'ajouter qu'elle a ses indications. Avant de la pratiquer, il faut tenir compte et s'enquérir soigneusement de l'état des muscles antagonistes. Ceux-ci, pour justifier la ténotomie, doivent avoir conservé leur intégrité presque complète. Si vous avez affaire, par exemple, à un pied-bot équin, avant de couper le tendon d'Achille, explorez le jambier, l'extenseur commun et l'extenseur propre du gros orteil. Lorsque l'enfant est assez intelligent, vous pouvez lui demander d'exécuter certains mouvements que vous contrôlerez par une épreuve faradique. Les muscles antagonistes sont-ils à peu près normaux, vous êtes en mesure de dire : voilà une ténotomie dont les résultats seront bons. Au cas opposé, cette opération devient une mauvaise affaire : ou bien le tendon coupé se cicatrise, se reforme et alors vous êtes intervenu pour rien, ou bien il ne se cicatrise pas et vous avez, en définitive, un pied ballant.

Avant de conclure, toutefois, que les muscles antagonistes ont perdu leur contractilité, tenez compte de ce fait qu'ils sont singulièrement gênés par les rétractions. Celles-ci les arrêtent et vous ne sauriez vous attendre à les voir répondre à l'excitation électrique comme à l'état normal. Débarrassez-les des liens qui les enserrent et ils reprendront immédiatement leurs fonctions.

Du reste, la ténotomie peut et doit, suivant les circonstances, se pratiquer de différentes façons. Le raccourcissement est-il léger, la section transversale du tendon suffit. Est-il considérable et craignez-vous, dès lors, un défaut de soudure des deux bouts, faites une section oblique de telle sorte qu'après écartement des deux fragments, il y ait contact par les pointes, les adhérences étant encore ainsi assez solides. Un autre procédé, également bon, consiste à dédoubler le tendon d'Achille : vous coupez en haut le bout inférieur, en bas le bout supérieur, vous les affrontez et vous gagnez, de cette manière, toute la hauteur du dédoublement.

Je n'insiste pas et je me résume en disant : la ténotomie est, dans la cure des difformités de la paralysie infantile, une excellente opération, à condition d'en suivre rigoureusement les indications dont la principale est l'intégrité tout au moins relative des muscles antagonistes.

On est allé plus loin. Depuis une dizaine d'années on parle beaucoup de plastique tendineuse, terme général qui comprend deux ordres d'interventions. Dans les premières, on se contente de raccourcir les tendons des muscles atteints. Voici, par exemple, un muscle frappé de paralysie, son tendon s'est laissé allonger et, à la faveur de cette élongation, une déformation se produit ; s'il s'agit du tendon d'Achille, je suppose, le talon s'abaisse et vous avez un pied-bot talus. Eh bien, le raccourcissement chirurgical du tendon a semblé pouvoir remédier au mal : en réalité, cette opération (assez satisfaisante dans d'autres affections comme la paralysie radiale invétérée, l'hémiplégie infantile) n'a pas été couronnée de succès en matière de paralysie infantile.

Dans la majorité des cas, on a eu recours au deuxième procédé de plastique tendineuse : la transplantation. Elle a pour but de transplanter sur le muscle paralysé la puissance d'un muscle voisin normal. Les premières tentatives faites dans cette voie pour la paralysie infantile (elles avaient été utilisées déjà pour le traitement des lésions traumatiques des tendons) datent de 1881 et sont dues à Nikoladoni, de Gratz, qui eut l'idée de greffer les péroniers latéraux sur le tendon d'Achille. Ces recherches furent poursuivies en Autriche et surtout en Allemagne où des opérations de ce genre ont été faites de très nombreuses fois. Les chirurgiens qui les appliquent se déclarent satisfaits, mais, malheureusement, ils donnent des statistiques et non pas, ce que je voudrais voir, des observations suivies probantes.

La question fut reprise en 1892 et l'on proposa de greffer sur le jambier antérieur, souvent frappé dans la paralysie infantile, le tendon de l'extenseur propre du gros orteil, dont la fonction est généralement conservée. Pour ne pas perdre, néanmoins, l'action particulière à ce muscle, l'opération fut modifiée de la manière suivante : on dédoubla le muscle sain par une section longitudinale ; on greffa la première partie sur le muscle dégénéré et l'on conserva intacte la seconde partie.

Tels sont les principes généraux de la plastique

tendineuse. Ce qui a plus d'importance, ce sont ses résultats. Je ne crains pas d'avancer, avec la conscience de la responsabilité que je prends,que la vérité n'est pas encore faite sur ce point. Les travaux allemands sont remplis de louanges à l'adresse de cette méthode mais ils ne se donnent même pas la peine de prouver sa supériorité ; ils l'admettent. Or, c'est aller vite en besogne. Quiconque connaît pratiquement la question de la paralysie infantile ne voit pas sans étonnement enregistrer des résultats toujours qualifiés de parfaits. Je voudrais, non pas des annotations vagues, écrites au lendemain de l'opération, mais des relevés enregistrant les suites définitives des interventions.Personnellement je me suis adressé, peut-être une vingtaine de fois, aux transplantations tendineuses et je n'ai obtenu que des effets médiocres, si je ne tiens pas compte des cas dans lesquels la plastique tendineuse était combinée aux ténotomies. Pour apprécier, en effet la valeur des opérations allemandes, il faudrait faire la part de ce qui revient aux ténotomies et cette part, je crois, serait très grande. Sans doute, les transplantations tendineuses n'offrent pas de gravité, ne mettent pas la vie en danger ; ce n'est pas un motif pour s'y adresser si leurs effets sont inférieurs aux autres méthodes. Je ne repousse pas ces opérations. mais je les estime tout au plus de mise dans les déformations légères ou moyennes ; ce serait folie de compter sur elles dans les cas graves où elles ne peuvent rien donner.

Ceux-ci sont justiciables d'une intervention autrement puissante : l'arthrodèse, dont il convient de rapporter l'honneur à Albert, de Vienne. Elle s'adapte admirablement aux membres inférieurs, au genou et au pied surtout, et, depuis que je l'emploie, jamais elle n'a trahi ma confiance. Non seulement je n'ai jamais perdu d'opéré, non seulement je n'ai jamais eu de suppuration ou d'ennui quelconque. mais encore ses résultats ont été constamment avantageux et presque parfaits. Elle permet au malade de marcher sans appareil et donne toujours des succès à une condition : qu'elle ne soit pas faite chez les jeunes enfants. Elle consiste à ouvrir largement l'articulation, à gratter les cartilages et à suturer les surfaces au moyen d'une fiche d'ivoire. La quantité de cartilage à enlever est généralement considérable et chez les enfants de 3, 4, 5 ans, elle serait vraiment excessive. Avant de pratiquer l'arthrodèse, il faut attendre le développement du squelette, soit vers 10 ans.

Conclusions :

1° Dans le traitement des difformités constituées et surtout dans le traitement des difformités naissantes de la paralysie infantile, les appareils orthopédiques peuvent rendre de très grands services. Se basant sur les indications que je vous ai fournies, le médecin prescrira les appareils comme l'oculiste formule les verres correcteurs des défauts de réfraction. C'est à cette seule condition que vous en obtiendrez des effets satisfaisants. Ne dites pas comme un de mes collègues des hôpitaux qui, apprenant que je me consacrais à l'orthopédie, s'écria : « Que va donc faire M. Kirmisson ! Il n'y a, en orthopédie, qu'à envoyer les malades directement chez le fabricant d'appareils. ! »

2° Lorsque les déviations sont fixes, irréductibles par la seule pression, sachez que l'opération de choix est la ténotomie pour les cas légers et l'arthrodèse pour les cas graves.

Grâce à ces règles de conduite vous aurez souvent des améliorations considérables ; vous rendrez valides des infirmes.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix).

REVUE DE LA PRESSE ETRANGÈRE

Sur le diagnostic et la thérapeutique de la migraine.

Il faut distinguer la migraine proprement dite, et les crises de migraine, qui, de même que pour l'épilepsie, n'appartiennent pas toutes à l'entité morbide migraine, mais peuvent être les manifestations symptomatiques d'états pathologiques différents. Cette distinction en migraines idiopathiques et symptomatiques possède une grande importance pour le diagnostic et le traitement de l'affection.

La migraine idiopathique, congénitale, est le plus souvent héréditaire, et quand on ne trouve pas chez les ascendants des accès absolument identiques, quand l'hérédité n'est pas similaire, il faut une fois de plus rechercher si cette affection n'est pas symptomatique (état cérébral, syphilis, etc).

La crise de migraine consiste en une céphalalgie, caractérisée par la présence de phénomènes prémonitoires, par une douleur particulière, et par une tendance à la périodicité.

Les phénomènes prémonitoires (aura) sont des nausées, des vomissements, ou bien des manifestations sensitives. plus rarement des manifestations motrices : on note du côté de la vue un scotome (voile, nuage, étincelle, étoile) apparaissant dans une moitié du champ visuel, et persistant quelquefois durant dix ou vingt minutes. Moins souvent ce sont des paresthésies, des troubles de la parole.

Parfois les douleurs de tête apparaissent d'emblée ; elles débutent dans une zone circonscrite et s'étendent le plus souvent dans une moitié de la tête ; quelquefois elles l'envahissent tout entière. Ces douleurs peuvent être légères ; mais le plus souvent elles sont sourdes, continues, quoique d'intensité intermittente. C'est par ce dernier caractère que la migraine se différencie des douleurs névralgiques. A noter aussi que pour celles-ci le nerf sus-orbitaire est douloureux à la pression. La migraine enfin s'accompagne d'une hyperesthésie particulière des organes des sens, de la vue et de l'ouïe notamment : le malade cherche volontiers le repos dans une chambre très obscure. Dans la névralgie, le pouls est accéléré ; dans la migraine, au contraire, il est normal ou ralenti. Comme troubles vaso-moteurs, il faut remarquer que le côté malade est plus chaud, plus congestionné que l'autre. Dans les cas légers, l'absorption d'aliments possède un effet calmant ; dans les cas graves, par contre, l'anorexie est complète

La migraine vraie apparaît généralement dans le jeune âge ; plus elle est tardive, moins elle a de chances d'être congénitale. Parfois les accès cessent à la fin de la croissance ; parfois aussi, ils

*

persistent durant toute la vie. Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes.

Dans bien des cas, le diagnostic de migraine est posé à tort ; il faut toujours auparavant examiner soigneusement tous les organes, et surtout le cœur, les vaisseaux, l'intestin, le cerveau, les yeux. En dehors de l'attaque, la migraine ne se révèle par aucun symptôme objectif. On évitera de la confondre avec une névralgie du trijumeau, dans celle-ci, en effet, on ne relève ni hérédité, ni périodicité, ni besoin de repos, ni aura, mais bien une douleur à la pression au niveau du nerf sus-orbitaire.

Quant à la douleur neurasthénique, elle est surtout en casque ; il semble qu'une lourde pierre, posée sur la tête, soit sur le point de la faire éclater.

Il est plus difficile de distinguer la migraine de l'hystérie, car les deux affections peuvent d'une part coexister chez le même individu, et que d'autre part l'une d'elles revêt facilement les caractères de l'autre. Cependant, il est à noter que, si le migraineux cherche le repos, l'hystérique ne cesse de parler et de s'agiter ; en outre, la douleur hystérique est surtout cranienne.

Quant à l'épilepsie, elle se rapproche davantage de la migraine ; car, elle aussi, est périodique, débute dans le jeune âge, présente des phénomènes prodromiques. De plus il existe une migraine symptomatique dans l'épilepsie, comme des crises d'épilepsie symptomatique dans la migraine.

Enfin des lésions cérébrales en foyers peuvent, au début, se révéler par des crises de migraine (gommes syphilitiques, tumeurs cérébrales) ; tout particulièrement intéressants sont les cas où des ophtalmoplégies, des paralysies faciales, ont fait suite à des crises de migraine.

Dans la migraine, le médecin doit avant tout s'efforcer de relever l'état général du malade, surveiller son régime, supprimer l'alcool, éviter toutes les autres causes nocives susceptibles de réveiller les crises (séjour dans une atmosphère confinée, surmenage du système nerveux par le théâtre, la musique, etc).

Parfois on réussit à supprimer les crises par une cure de bromure ; on donne par jour 3 grammes de bromure en solution, et on porte progressivement la dose quotidienne à 5 et 6 grammes. Quand les crises ont disparu, on revient peu à peu à 3 grammes par jour, et l'on continue cette dose pendant plusieurs mois. Dans certains cas, les accès ne se sont plus jamais reproduits grâce à ce traitement.

Si le malade supporte mal le bromure, il faut s'en tenir au traitement des crises ; si elles sont périodiques, on commence l'administration quotidienne de 2 ou 3 grammes de bromure, deux ou trois jours avant l'époque présumée de leur apparition. S'il existe des phénomènes prémonitoires qui se manifestent la veille ou l'avant-veille de la crise, la chose est encore plus facile : dès leur apparition on prescrit le bromure (2 ou 3 grammes).

Différents remèdes se recommandent encore de la même façon : l'antipyrine, la phénacétine, le pyramidon (30 centigrammes), la migrainine, et le citrate de caféine.

Les médicaments vaso-constricteurs ou vaso-dilatateurs sont contre indiqués, car nous ne connaissons pas les phénomènes vasculaires, qui se passent au niveau du cerveau ou tout au moins faut-il les interrompre au moment des crises (0,2 à 0,4 mg. de nitroglycérine par jour, 3 gr. de diurétique).

Une injection de morphine serait indiquée pour des crises très intenses, mais peu fréquentes, alors que d'autres remèdes restent sans effets.

La cure d'avoine dans le diabète sucré grave.

Certains diabétiques seuls peuvent retirer de grands avantages de l'avoine ; chez ceux-ci, la glycosurie disparaît, l'état général se relève, alors que chez les autres ce traitement semble être des plus nuisibles.

D'après la méthode de Noorden (*Berliner klinische Wochens.* n° 36-1903), le malade soumis au régime de l'avoine, reçoit, pour toute nourriture quotidienne, une bouillie comprenant 250 gr. de farine d'avoine, et 300 grammes de beurre auxquels on ajoute 100 grammes de blanc d'œuf battu ; on permet en outre un peu de vin ou de cognac et du café noir fort.

L'auteur nous rapporte un grand nombre d'observations, sur lesquelles il base son étude. Dans la première, il s'agit d'un diabétique, âgé de 18 ans, glycosurique depuis six mois ; au début, ses urines contenaient 75 gr. 8 de sucre, et 1 gr. 02 d'acétone. Il est soumis à un régime des plus sévères, mais néanmoins le sucre reste à 50 gr. et l'acétone remonte à 1 gr. 04. A ce moment, c'est-à-dire au bout de dix-huit jours, von Noorden institue la cure d'avoine ; dès le troisième jour le sucre tombe à 13 gr., puis diminue progressivement, et le dixième jour a complètement disparu, l'acétone étant à 0 gr. 15. Trois semaines plus tard on permet au malade le régime carné, avec pommes de terre et pain sans provoquer une nouvelle glycosurie.

Chez un autre malade, diabétique depuis dix ans, la cure d'avoine permet d'abaisser la quantité de sucre dans de notables proportions, sans pouvoir faire disparaître complètement la glycosurie, non plus que l'acétonurie, qui d'ailleurs reprirent leurs proportions antérieures dès que le malade fut remis au régime ordinaire.

Les mêmes phénomènes se produisirent chez un troisième malade, presque comateux ; l'avoine fit diminuer notablement la glycosurie, tant qu'elle fut employée. Cette cure spéciale permit cependant au malade de reprendre ses forces, et gagner 12 livres en poids, au bout de trente jours.

Tous les diabétiques ne doivent donc pas être traités de la même façon. Certains supportent sans inconvénients les hydrates de carbone, d'autres les amylacées ; mais parmi ces derniers il en est qui ne s'accommodent que de telle ou telle espèce d'amylacées, avoine, pomme de terre, riz.

Si l'avoine est susceptible de produire des améliorations et même des guérisons dans certains cas, d'autres fois elle augmente la glycosurie et l'acétonurie, et diminue notablement la tolérance de l'organisme pour les hydrates de carbone. La cure d'avoine semble surtout indiquée chez les diabétiques graves ; elle échoue le plus souvent et aggrave même la situation chez les personnes ayant peu de sucre dans l'urine et une acétonurie insignifiante.

Sur la dysménorrhée nasale.

Les recherches de Fliess nous ont appris qu'il existait un arc réflexe entre le nez et les organes génitaux de la femme ; que, par une action sur la muqueuse nasale, il était possible d'influencer de violentes douleurs dysménorrhéiques.

Presque tous les auteurs ont constaté les effets favorables, obtenus par la cocaïnisation, ou par la cautérisation des « régions génitales » de la muqueuse : mais alors que certains les ont attribués à une manifestation réflexe, d'autres les ont rapportés soit à la suggestion, soit à une action générale encore peu connue de la cocaïne sur l'organisme,

Sans tenir compte de cette dernière hypothèse que ne vérifient pas les données actuelles de la science, il paraît vraisemblable d'admettre l'existence d'un arc réflexe naso-génital. La physiologie comparée nous apprend, en effet, qu'au moment du rut, l'odeur de certaines sécrétions des femelles animales produit chez les mâles correspondants une action génitale. Peut-être ne serait-il pas impossible de trouver chez certains sujets humains pareille corrélation au moment des menstrues ! (*Opitz Berl. klin. Woch.*, n° 37, 1903). Si cet arc nerveux existe chez l'homme, à plus forte raison le trouve-t-on chez la femme, dont le système nerveux est plus développé. Parti de la muqueuse nasale (cartilage de la cloison), il toucherait au centre génital du cerveau, puis gagnerait les fibres musculaires de l'orifice interne de l'utérus, qui sont le siège de toutes les douleurs dysménorréiques. Une impression partie du nez pourrait gagner la muqueuse utérine sans être nécessairement arrêtée par le centre cérébral ; son intensité serait plus grande chez les sujets hystériques ou neurasthéniques. On comprend de la sorte que des douleurs utérines puissent résulter d'une inflammation ou d'une altération de la muqueuse nasale ; on comprend aussi l'action bienfaisante en pareil cas d'une cautérisation ou d'une cocaïnisation de la pituitaire.

Au point de vue pratique, il suffit de retenir que ce procédé est susceptible de faire disparaître une dysménorrhée sans métrite, quand les moyens ordinaires ont échoué : traitement de l'hystérie ou de la neurasthénie, dilatation progressive du sphincter utérin interne, etc.

Opitz nous rapporte une observation de ce genre, qui semble mettre hors de doute cette action réflexe sur les fibres utérines.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Accidents du travail et Compagnies d'Assurances.

Communication de M. le Dr de Kervilly à la Société médicale du 5e arrondissement de Paris.

Les deux cas d'accidents de travail que j'ai l'intention de vous exposer n'ont aucun intérêt clinique. Mais ils suggèrent quelques réflexions sur le rôle des Compagnies d'assurances dans le traitement des blessures qu'elles sont appelées à réparer pécuniairement. Vous le savez, certaines de ces compagnies font des efforts, efforts fructueux, pour s'attribuer la haute main sur la direction du traitement des blessés de leur ressort. La persuasion, parfois l'intimidation détournée, sont mises en œuvre pour détacher l'ouvrier du médecin librement choisi. Dans les luttes électorales récentes, nous avons même vu cette tendance figurer ouvertement dans des programmes, inspirés, je veux le croire, par des intérêts humanitaires.

Je ne conteste pas que cette main mise sur les soins médicaux ne soit très avantageuse aux Compagnies. Mais je me demande si elle l'est toujours à l'assuré.

Il est à remarquer que, soit qu'on se place du côté de la Compagnie ou, au contraire, que l'on envisage l'intérêt individuel du blessé, les points de vue sont tout différents. La Compagnie, seule en face d'accidents multiples, fait la balance entre les bons et les mauvais cas, et, si les premiers priment les seconds, elle se croit moralement en droit de profiter des avantages pécuniaires du système. Les mauvais cas sont la part du feu et se couchent sur le feuillet des pertes, en regard du feuillet des profits. L'intéressant pour elle est ce qu'il y aura au bas de la page, soustraction faite.

Le blessé, lui, n'a dans sa statistique qu'un seul cas, le sien. Si, du fait des défectuosités inhérentes au système de traitement économique, il reste estropié ou pâtit d'une autre façon, peu lui chaut s'il est le dixième cas malheureux sur neuf cas heureux. Il a perdu son tout et a le droit de trouver le système mauvais, malgré les bons résultats d'ensemble qu'il peut donner.

J'ai dit « défectuosités inhérentes au système », et je veux que l'on comprenne ma pensée. Tous les cas ne sont pas guérissables, aucun de nous n'est infaillible ; je ne prétends pas que, si les blessés assurés étaient toujours traités par des médecins étrangers à l'organisation des Compagnies d'assurances, il n'y aurait pas de négligences, il n'y aurait jamais d'erreurs. Je ne recherche ici, pour les mettre en lumière, que celles des erreurs, celles des négligences qui, en plus de celles inhérentes à tout ce qui est humain, découlent directement des conditions particulières dans lesquelles sont placés les organes médicaux enrégimentés dans les Compagnies d'assurances.

Pour en revenir au sujet, je me range du côté de la victime. Je pense qu'il est funeste, en ce qui concerne la santé et la vie, de considérer une agglomération d'ouvriers d'un même œil qu'un éleveur considère un troupeau, calculant les frais des soins à donner sur le taux des profits et pertes à prévoir.

Les deux faits suivants, qui ne sont que les plus précis entre beaucoup d'autres qu'il m'a été donné d'observer, prouvent que ce point de vue en bloc est trop souvent celui des Compagnies.

Premier cas, très ordinaire, mais typique. — Le 24 juillet de l'année courante un ouvrier fumiste m'est adressé par son patron. Il est porteur d'une brûlure par essence minérale, étendue à toute la surface dorsale de l'avant-bras droit. Elle a dû être au deuxième degré. Actuellement, elle est irrégulièrement bourgeonnante par places, ulcéreuse et purulente à d'autres ; elle saigne un peu partout. Le membre est enflé. Je constate que le pansement au dermatol est récent. Le malade m'apprend que la brûlure date de 72 jours. Il est pansé tous les deux jours chez le médecin d'assurance. Cela va de mal en pis. Son patron, qui a besoin de lui, est las de ce traitement interminable, et lui a donné carte blanche pour se faire guérir ailleurs.

Intrigué par le résultat insolite du traitement au dermatol qui réussit ordinairement, j'examinai le malade, et, ne le trouvant ni alcoolique, ni diabétique, ni affligé d'aucune tare retardatrice de la cicatrisation, je demandai des détails et appris que le médecin de la Compagnie d'assurances avait été astreint, il y a un an, à traiter chez lui tous les blessés ; que, depuis lors, il n'y avait, à chaque consultation, pas moins de quarante pansements à faire, que le médecin, amplement occupé par l'examen des malades, la rédaction des certificats, la signature de toutes de pièces, avait dévolu le soin de faire les pansements à Mlle, mettons Eugénie, la bonne. Mlle Eugénie avait en outre pour fonction d'ouvrir la porte d'entrée, d'introduire auprès du doc-

teur, de donner par ci par là un coup de plumeau ou de balai. Elle allait ainsi, diligente, du bouton de porte à une plaie, de la plaie au plumeau, du plumeau à une brûlure. C'était déjà bien du travail, et on ne pouvait vraiment pas exiger, en surcroît, de fréquentes visites au lavabo.

Ce n'était pas sa faute à Mlle Eugénie si les plaies suppuraient. Cela n'était pas non plus celle du confrère, qui ne pouvait faire les pansements lui-même et, j'en suis certain, n'était pas assez remunéré pour se faire suppléer par un homme compétent.

Je convins avec le patron d'un prix raisonnable, et, en 17 jours, le malade s'en allait guéri. Et je n'ai employé que les pansements bien faits et propres, ce que mon confrère de l'assurance aurait fait aussi bien que moi, s'il avait pu.

Bilan : le brûlé a perdu 55 jours de demi-salaire, le patron s'est vu privé le même nombre de jours d'un ouvrier utile, et probablement y a été de sa bourse La compagnie a perdu elle aussi quelques journées payées, mais elle s'est rattrapée sur les cas multiples où dame nature s'arrange toute seule, malgré le traitement économique.

Toutefois, si les méfaits de la thérapeutique d'assurance n'avaient pas de conséquences plus graves pour les assurés, il n'y aurait pas lieu de s'en préoccuper outre mesure. Mais il y va quelquefois de la vie, comme vous allez le voir par la déplorable histoire que je vais vous conter.

Le 3 juin dernier, un garçon de 17 ans, apprenti dans une imprimerie, se contusionne le cou-de-pied gauche en dirigeant un chariot. Pas de lésion apparente, simple difficulté de la marche. Le médecin de l'établissement constate ; puis le blessé est livré à l'engrenage de la Compagnie d'assurance, aussi machinal, mais bien autrement dangereux que celui du chariot d'imprimerie, comme vous allez le voir ; il passe à la visite au siège de la compagnie et le massage est prescrit.—Excellente pratique que le massage ; j'en suis très partisan. Les Compagnies aussi, mais elles ont une raison de plus que moi dans leur prédilection : c'est le bon marché ; et elles l'appliquent tant et plus par l'intermédiaire de masseurs au rabais, plus ou moins professionnels. Malheureusement, toute méthode ne vaut que par l'opportunité de l'application et le discernement de celui qui l'applique. Je vous dirai, entre parenthèses, que le médecin attaché à l'imprimerie, massothérapeute connu et estimé, a jugé sévèrement la cure de massage quand il l'a appris.

Pour revenir à notre malade, le masseur le massa tous les jours, à domicile. Tous les 8 jours le blessé se présentait, dans la foule des consultants, à la visite médicale, au siège de la Compagnie. « Le pied enflé ? Ce n'est rien, c'est le massage. Continuez. » — Le masseur masse consciencieusement. Le genou se tuméfie. A la visite, on ne s'en aperçoit pas. C'est le pied qui est malade, on regarde le pied. Quand il y a des vingtaines de blessés qui, à la queue leu leu, attendent leur tour, on ne peut pas faire déshabiller chaque individu sans graves raisons. Cela n'en finirait plus. On dit : « Ça va bien, vous serez guéri dans quelques jours » — Finalement, le malade ne peut plus marcher, il manque à la visite. On le porte guéri !!

Nous sommes au 27 juin. Un médecin de l'Assistance demandé opine pour l'hôpital. — Mais il y a malentendu, et le malade est placé en médecine. Les soins furent nuls. Et le 17 juillet, l'état étant grave, la famille cède aux instances du pauvre garçon et le remène chez lui.

Jusqu'ici je vous relate les renseignements pris auprès de la famille et du malade lui-même. Notez qu'à ce moment ces gens ne savaient pas qu'ils y eût danger, croyaient à une maladie intercurrente et n'avaient aucune tentation d'incriminer la Compagnie et son traitement. Il étaient sans passion et de bonne foi. Je supprime à dessein tout ce qu'ils ont pu me dire après la catastrophe.

Je vis le malade le 17 juillet.

Facies hippocratique, langue sèche, pouls 135, température 40°1, œdème pulmonaire. Le pied, la jambe, la cuisse, la moitié correspondante du thorax jusqu'au creux axillaire, boursouflés par un œdème dur et chaud.

Je ne vous arrêterai pas aux symptômes ordinaires d'un énorme phlegmon diffus. D'hôpital on ne voulait plus entendre parler. Il fallait un chirurgien, et la famille était sans ressources. Vous connaissez tous ces situations poignantes. Deux jours se passèrent avant que je puisse amener au lit du moribond un chirurgien des hôpitaux, le Dr Riche, confrère compatissant et désintéressé. Il n'eut pas le temps d'intervenir, le malade mourut dans la nuit. Il n'en aurait certainement pas été autrement l'opération faite.

Ce garçon, je le connaissais de longue date, ainsi que sa famille. Rien dans ses antécédents ne l'exposait à une fin si précoce. La blessure par elle-même devait être insignifiante ; ce qui est sûr, elle était limitée. On ne meurt pas d'une contusion du pied, si le terrain est bon, si d'autres causes extérieures ne sont pas venues chasser le mal, quel qu'il soit, de sa localisation. Même s'il avait été privé de tout secours, ce garçon serait encore en vie. Et, pour ma part, je crois que ce qui l'a tué, c'est d'avoir été assuré.

A qui la faute ? Elle n'est pas au service médical de la Compagnie d'assurances, qui n'a matériellement pas la possibilité de suivre tous les blessés. Elle n'est pas au masseur, simple machine ignorante et irresponsable. La faute est uniquement et entièrement à la Compagnie d'assurances qui, assumant la responsabilité de traiter des blessés, sacrifie leur sécurité à son économie ; qui considère ses assurés en bloc au point de vue de ses profits et pertes.

Cette mort ne serait pas arrivée, si, au lieu d'un médecin, la Compagnie en avait dix et les rémunérait assez pour qu'ils puissent se consacrer entièrement à ses clients ; si, au lieu d'un masseur dont l'art est dans l'agilité de ses mains et dont la cervelle est vide de connaissances médicales, elle avait attaché à ses intérêts un homme de science, médecin massothérapeute qui aurait discerné l'inoppotunité de masser un phlegmon. Enfin la Compagnie aurait encore mieux évité cette catastrophe, et bien d'autres, si, répudiant toute initiative en fait de traitement, et se réservant le seul contrôle indispensable, elle eût adressé le blessé à son aide naturel, au médecin voisin, au médecin libre, pas plus malin qu'un autre, mais attentif, non seulement par conscience de son devoir, mais par souci de ses intérêts matériels.

Mais, dira-t-on, le blessé a le droit de s'adresser au médecin de son choix ; on le lui a expliqué, on l'y a exhorté, on l'a affiché même. Il est des ouvriers qui l'ont compris, qui ont refusé les offices des Compagnies. Ceux qui ne le font pas, qui n'écoutent pas, tant pis pour eux.

Evidemment, il y a des ouvriers qui résistent à la pression des Compagnies. Mais il faut mal connaître la mentalité moyenne du milieu ouvrier pour ne pas comprendre que ces réfractaires, ces hardis, seront toujours la minorité. Entre nous, médecins libres, et les agents des Compagnies, la lutte sera toujours inégale. L'agent est le premier arrivé ; il a le prestige de représenter la caisse, il ne se fait pas faute de faire entendre qu'il peut l'ouvrir plus ou moins largement, qu'il est le maître de l'indemnité pécuniaire pour laquelle l'ouvrier tremble encore plus que pour sa santé. D'ailleurs, la Compagnie est presque l'Administration, l'ouvrier a une haute idée de sa puissance ; il sait qu'elle a de grands moyens de chicane, et il n'a pas toujours tort.

Nous, nous venons quand on nous appelle. Nous sommes timides dans la lutte, car nous avons peur d'avoir l'air de tirer la couverture de notre côté.

L'ouvrier se laisse terroriser, mais les conseils l'entament difficilement.

Je ne rappelle que pour mémoire la pression indirecte que les Cies exercent sur le médecin libre, non

seulement par les tarifs dérisoires qu'elles sont parvenues à faire adopter par des tribunaux, mais par les démarches et les chicanes qu'elles accumulent souvent comme à plaisir entre le médecin et ses honoraires. Cela déconcerte les meilleures volontés. Pour ma part, j'en suis venu à considérer la cure d'un assuré comme une mauvaise affaire. Je perds souvent en voyages au siège de la Cie et en séances de justice de paix une bonne partie du fruit de mon travail, si je ne veux pas en abandonner les 10 °/ₒ à un homme d'affaires. Tout récemment, ayant eu l'imprudence de faire une dizaine de massages à un ouvrier blessé, j'ai entendu contester mon prix par le représentant de la Compagnie au moyen de cet argument spécieux :

« Moi, on me masse pour quarante sous, et pendant une heure encore ! ».« C'est encore trop cher, si c'est votre cuisinière qui vous masse », ai-je répondu.

Par amour-propre, j'ai voulu poursuivre. J'ai gagné, mais j'ai perdu certainement tout mon gain en temps gaspillé et frais de transport.

Voilà pourquoi beaucoup d'entre nous ne s'emballent pas outre mesure quand il s'agit d'un accident du travail. Les Cies le font-elles exprès ? Je n'en sais rien, mais cela tombe admirablement dans leur jeu.

Bref, l'ouvrier étant très souvent un faible, et la loi sur les accidents du travail étant faite pour le protéger, cette loi m'est sympathique.

Défectueuse ou non, son existence même est un progrès, que nous avons encore trop tardé à réaliser.

Mais je lui reproche, à cette loi, d'être restée en chemin. Je lui reproche son caractère exclusivement financier. Elle paye bien le prix du sang, trop bien même, au point que l'on a vu des mutilés volontaires. Mais elle se désintéresse trop de la réparation réelle du mal. Elle fait payer un bras cassé, mais n'assure pas assez sa consolidation.

Ce n'est pas les quelques billets de mille que la Compagnie d'assurances sera peut-être forcée de jeter sur la tombe de l'apprenti dont je vous ai parlé qui répareront le mal commis. Mieux aurait valu le prévenir.

Quel est le remède ? A mon avis, il consisterait à remettre chacun dans ses attributions. A l'assureur le payement des frais ; au médecin indépendant la réparation du mal physique. Je dis le médecin indépendant de tout lien avec l'assureur, pouvant prendre en main l'intérêt du blessé envers et contre celui de l'assureur.

Car il serait erroné de croire que ces deux intérêts sont toujours les mêmes. Au malade, il importe de guérir vite et bien, ou de garder le moins de traces même cachées de sa blessure.

A la Compagnie d'assurances, il importe de faire disparaître au plus tôt, et surtout au meilleur marché, les caractères manifestes de l'impotence, de pouvoir *déclarer* le malade guéri. Tant mieux si ces deux buts coïncident. Mais ce n'est pas toujours la même chose, c'est quelquefois tout le contraire.

Pour le médecin, travailler pour la compagnie n'est pas toujours travailler pour le malade assuré. Quand la Compagnie assume le traitement par l'intermédiaire de son personnel médical, elle est juge et partie ; elle se contrôle elle-même. L'assuré doit avoir un défenseur, le médecin de l'assurance ne peut pas l'être entièrement. Il faut un médecin pour l'assuré et rien que pour lui tout seul.

Il y a, dira-t-on, les tribunaux.

Dans notre cas, cas médical, c'est un leurre. Le juge est compétent pour les francs et centimes de l'indemnité ; il est compétent pour les cas de négligence médicale criants, extrêmes. Mais il ne peut rien pour les nuances du traitement, pour les petites choses dont l'intéressé lui-même ne se rend pas compte, et qui ne se révèlent que longtemps après si elles n'ont pas été dépistées à temps par un œil professionnel et attentif.

Le service médical de l'assurance peut-il faire cela ? Peut-il, tout en remplissant strictement son devoir, ce qui est toujours le cas, je veux le croire, oublier complètement les intérêts de la Compagnie qui le paye pour prendre en main celui de l'ouvrier ? Peut-il dans l'éventualité ne pas se contenter d'un résultat moyen pour le blessé, quand un résultat parfait serait accessible, mais au prix de plus grands sacrifices pour la Compagnie ? Peut-il enfin ouvrir les yeux de la victime, qui ne s'en doute pas, sur l'éclosion tardive d'une prédisposition morbide qui peut le menacer, la perte d'acuité d'un sens, une cicatrice qui aurait pu être meilleure, et tant d'autres petites choses insignifiantes en bloc, très discutables souvent, et que le malade, dénué d'esprit critique, confiant par ignorance, est tout près lui-même à rapporter à d'autres causes que l'accident subi.

Je ne crois pas qu'il le puisse. Et je le répète, le blessé devrait avoir un défenseur médical efficace, même s'il ne lui vient point à l'esprit de le demander.

Et je conclus en résumant mon avis.

Le service médical des Compagnies d'assurances contre les accidents du travail n'a pas toujours les moyens matériels de réparer entièrement et avec sécurité les dommages physiques des assurés.

Il n'a pas les moyens et surtout la liberté morale nécessaire pour sauvegarder efficacement leurs intérêts.

Seul, le médecin indépendant remplit ces conditions.

Il devrait donc être interdit aux compagnies d'assurances de s'immiscer dans le traitement des blessés et mala les assurés, autrement que pour le contrôle, indispensable à leur fonctionnement.

Pour atteindre ce but, ce n'est pas, de notre part, des doléances platoniques qu'il faut ; c'est un faisceau de faits et de preuves. Ainsi il est à souhaiter que chaque fois que l'un de nous rencontrera sur son chemin un de ces méfaits de la thérapeutique sommaire des Compagnies d'assurances, il le livre à la publicité, il nous l'apporte ici. Et je vous le garantis, la récolte sera bonne. Il est vrai que, dans cette sphère, l'opinion publique est lourde. Il faut longtemps pour l'ébranler. En attendant, du moins, nous aurons des armes pour la propagande que nous ne devons pas nous lasser de faire dans les milieux intéressés.

Notes de jurisprudence du Sou Médical

Des frais médicaux postérieurs à la date qui sert de point de départ de la rente viagère pour incapacité permanente en matière d'accidents du travail.

Le *Sou Médical*, soucieux de remplir l'un des principaux articles de son programme, qui est de poursuivre la fixation de la jurisprudence en toute matière où sont en jeu les intérêts du corps médical, ne remporte pas que des succès dans les luttes où il s'engage. Mais, même ses insuccès sont féconds, d'abord parce que, si ce n'est pas toujours le premier coup d'épaule qui renverse les obstacles, il sert le plus souvent à les ébranler, et prépare les victoires futures, ensuite parce que, fréquemment, des défaites même peuvent être tirés des avertissements utiles et des renseignements pratiques.

Au cours de l'année dernière, le Comité eut à examiner une affaire qui soulevait une question d'application fort intéressante des dispositions de la loi du 9 avril 1898. Les circonstances de l'affaire paraissaient favorables pour obtenir une décision de jurisprudence intéressant à la fois les blessés du travail et les médecins.

Une jeune fille, employée dans une manufacture

de munitions, avait été blessée grièvement à la main par l'explosion d'une cartouche. L'amputation du pouce et de plusieurs doigts de la main gauche avait été nécessaire et, de plus, les chairs de la main, ainsi que l'abdomen, avaient été criblées d'une quantité considérable de parcelles de cuivre, qu'il avait été impossible d'extraire en totalité après l'accident. Les soins du médecin, choisi par la victime, lui furent donnés sans interruption du 19 septembre 1900 au mois de mai 1902. A chaque instant des abcès et des phlegmons, causant à la blessée des douleurs intolérables, nécessitaient l'emploi du bistouri. Cependant, dès le milieu de 1901, les blessures étaient extérieurement guéries, bien que des parcelles de cuivre subsistassent encore dans les muscles, et la blessée pouvait être considérée comme susceptible de reprendre du travail. Il était également possible de déterminer l'importance de la réduction dans la capacité de travail résultant de l'incapacité permanente partielle qui avait été causée par l'accident. Dans l'intérêt commun du chef d'entreprise et de la victime, et pour permettre la fixation de la rente viagère, le médecin avait délivré un certificat constatant « la consolidation de la blessure » et déterminant l'importance de la réduction dans la capacité de travail. En même temps il continuait ses soins à la blessée, chaque fois que des douleurs nouvelles et des abcès révélaient la présence d'éclats de cuivre qu'il fallait enlever.

Un procès se déroula entre la blessée et le chef d'entreprise devant le tribunal de première instance et devant la Cour d'appel. Le point de départ de la rente viagère avait été fixé au jour du jugement (6 juin 1901). Le chef d'entreprise avait demandé acte de ce qu'il était prêt à payer tous les frais médicaux. L'arrêt de la Cour étant intervenu dans le dernier trimestre de 1901, et la liquidation de la rente devant être effectuée par la Caisse Nationale d'assurances à laquelle le patron était affilié, les formalités pour parvenir à cette liquidation ne purent être remplies qu'au cours du mois de janvier 1902. A la fin de l'année 1901, le médecin avait envoyé sa note comprenant tous les frais médicaux, même ceux postérieurs à la date fixée par le tribunal comme point de départ de la rente viagère. La Caisse nationale régla sans difficulté l'intégralité de la note présentée. Mais l'état de la victime nécessita de nouveaux soins, pansements, opérations de phlegmons etc... pendant les quatre premiers mois de l'année 1902. Quand la blessée n'eut plus besoin de lui, le médecin envoya sa note au chef d'entreprise, et la Caisse Nationale à qui elle fut transmise, refusa d'en régler le montant parce que, disait-elle, les soins médicaux à partir de la date de consolidation de la blessure n'incombaient pas au chef d'entreprise.

Comme rien de semblable n'est écrit dans la loi, comme il est de toute évidence que le législateur a entendu que le patron, en dehors des indemnités fixées d'une façon forfaitaire, supporte tous les frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par l'accident jusqu'à ce que la blessure ou la lésion soit guérie autant qu'elle peut l'être — et comme, en l'espèce, les soins du médecin avaient été donnés sans interruption jusqu'à la guérison de la blessure et l'obligation du patron reconnue par lui, par le paiement d'une partie importante des soins postérieurs au point de départ de la rente viagère, le Comité du *Sou Médical* décida de provoquer une décision de la justice sur cette espèce favorable. Mais, de même qu'il y a loin de la coupe aux lèvres, il y a loin de la Justice au Droit.

Par un jugement très pauvrement motivé, le tribunal de paix, saisi du litige, conformément à l'art. 15 de la loi de 1898, déclara que les frais postérieurs à la date de la consolidation de la blessure restaient à la charge de la victime sauf la faculté pour elle, si elle le jugeait bon, de former une action en revision, sans d'ailleurs se prononcer sur les éléments spéciaux à l'espèce, et d'où l'obligation à la charge du patron, de continuer à payer les frais médicaux jusqu'à la guérison réelle, nous semblait découler.

Ce jugement n'étant susceptible d'aucun recours — et c'est là un des graves inconvénients de la disposition inscrite dans l'art. 15, qui d'ailleurs, par contre, présente des avantages, — il fallut s'incliner.

Il nous faut reconnaître, qu'en dehors des éléments d'appréciation spéciaux à l'affaire, la jurisprudence de la Cour de Cassation donne raison à la règle générale admise par le juge de paix. Un arrêt de la Chambre des requêtes de la Cour de Cassation du 26 octobre 1903 (Rec. spécial des accid. du Trav. 1903, p. 261) ayant à examiner un pourvoi portant sur une décision sur la compétence, déclare « que d'une « part la disposition de l'art. 15...doit être renfer- « mée dans les limites que la loi lui a assignée, « et, d'autre part, qu'il résulte de la combinaison « des art. 15 et 16 de la même loi, que les frais de « maladie sont l'accessoire de l'indemnité tempo- « raire et qu'ils cessent d'être dus, lorsque cesse « d'être due ladite indemnité, c'est-à-dire le jour « où a été définitivement fixée la rente viagère. » Cette décision est la conséquence de la théorie précédemment adoptée par la même juridiction dans son arrêt du 24 *février* 1902 (Sirey 1903, I, 89), à savoir que « l'art. 3 de la loi du 9 avril 1898 a « nécessairement entendu que le point de départ « de la rente serait le moment où la maladie ayant « pris fin, les parties seraient fixées sur le salaire « nouveau que le blessé pourra gagner et que *ce « moment ne peut être que la consolidation de la « blessure*, celle à laquelle *la victime sera en me- « sure de se remettre au travail.* »

Après M. Wahl, Doyen de la Faculté de droit de Lille qui, dans une note du Sirey (loc. cit.) a démontré victorieusement que, par la jurisprudence adoptée dans ce dernier arrêt, la Cour de Cassation ajoutait à la loi et y mettait ce que le législateur n'y avait pas mis, il serait vraiment facile de critiquer l'arrêt du 26 octobre 1903 et de montrer qu'aucune relation nécessaire n'existe entre la date à laquelle il plaît aux parties, se considérant comme suffisamment renseignées sur l'importance de l'incapacité permanente, de substituer, soit par un accord devant le juge conciliateur, soit par une décision de justice, la rente viagère à l'indemnité temporaire, et la date de la guérison relative de la blessure ou de la lésion causée à la victime par l'accident. On conçoit qu'après que les soins médicaux ont amené le blessé à un état de guérison relative, tel qu'on considère comme effacées dans la mesure du possible les conséquences immédiates de l'accident, les soins postérieurs qui peuvent être nécessités par les inconvénients résultant de la bles-

sure ne soient pas compris dans les frais médicaux que l'art. 4 met à la charge du patron. Mais il est inadmissible, en présence des dispositions de cet article et de l'esprit de la loi, pour amener cet état nécessaire, de dire que les soins antérieurs ne sont pas à la charge du chef d'entreprise, sous prétexte que la fixation de la rente viagère a été effectuée avant la guérison effective, — opération qui n'a rien d'impossible, dans beaucoup de cas — où, avant la guérison complète, on est fixé sur l'importance de l'incapacité.

Il est d'ailleurs absurde de renvoyer la victime à se pourvoir par l'action en revision, puisque la revision ne peut être demandée par elle qu'en cas d'aggravation dans le degré de l'incapacité permanente, et que la loi de 1898 ne permet pas de faire entrer dans la fixation du chiffre de la rente viagère d'autres éléments que le montant du salaire de base, et l'importance de la réduction dans la capacité de travail.

Mais la jurisprudence de la Cour suprême devant — et c'est une nécessité — prévaloir contre toutes les critiques des juridictions inférieures, il sera plus profitable d'en examiner la portée et de chercher ce qu'il convient de faire pour sauvegarder les droits de chacun.

La loi de 1898, d'après la jurisprudence, ne s'oppose pas à ce que, tout en fixant un point de départ pour la rente viagère, des réserves soient faites pour ne point donner à ce point de départ une portée non conforme à la réalité des faits.

« Si la consolidation de la blessure permettant « la reprise du travail se produit avant que l'état « définitif, dès à présent certain, ne soit acquis, « les juges peuvent, tout en fixant la rente définiti- « ve, allouer pour la période intermédiaire une « autre rente correspondant à l'infirmité premiè- « re, a jugé : la Cour de Paris (7e ch.) le 4 avril 1903, (Rec. des accid. du travail, mai 1903, p. 8.)

De même le tribunal de la Seine le 22 mai 1903, (Villetard-des-Prunières, juin 1903, p. 70) a sagement décidé que :

« Quand l'ouvrier est apte à reprendre du tra- « vail, sans que cependant son état soit définitif, « les juges, tout en fixant la rente correspondante « à l'incapacité actuelle, peuvent surseoir à sta- « tuer définitivement jusqu'à l'époque de l'amé- « lioration prévue. »

En s'inspirant de l'esprit qui a dicté ces décisions, rien n'empêche, dans les cas où cela sera nécessaire, de faire des réserves pour les frais médicaux que la blessure ou la lésion pourra nécessiter même après la reprise du travail et la fixation du point de départ de la rente viagère.

Il existe des cas, en effet, où la guérison ne peut être obtenue qu'incomplètement, et où les conséquences directes et immédiates de l'accident, pourront nécessiter des soins médicaux, même après la reprise du travail. Dans ces cas, le mécanisme de la procédure ou la volonté des parties peuvent amener la fixation de la rente viagère qui devra se substituer à l'indemnité temporaire, avant la guérison définitive. L'espèce rapportée au début de cet article montre que, l'expression absurde de « consolidation de la blessure » ne correspond parfois à aucune réalité.

Dans des cas semblables, que le médecin, en délivrant un certificat où il constate la guérison incomplète et apparente et donne son avis sur l'importance de l'incapacité, prenne bien soin de spécifier que des soins médicaux seront encore nécessaires avant d'arriver à la guérison définitive.

En outre, qu'il ne manque pas d'avertir formellement le blessé de la nécessité pour lui, dans l'instance en fixation de la rente viagère et de son point de départ, de faire des réserves relativement aux frais médicaux postérieurs à la date qui sera prise comme point de départ de la rente viagère.

Le tribunal, ne pouvant, en pareil cas, indiquer dans son jugement une date à laquelle la blessure doit être considérée comme consolidée, tout en ayant la possibilité de déterminer le montant de la rente viagère et son point de départ, ne pourra pas refuser de donner acte de ces réserves destinées à assurer au blessé le paiement de la totalité des frais médicaux et pharmaceutiques nécessaires pour aboutir à la guérison.

En procédant de cette façon, les tribunaux de paix ne pourront trouver, dans les expressions des arrêts de la Cour de Cassation, applicables d'ailleurs à des espèces où il y avait concordance entre la date de la guérison et le point de départ de la rente viagère, des raisons de violer à la fois la loi et l'équité, en mettant à la charge de l'ouvrier des frais médicaux qui, dans la pensée du législateur, doivent bien évidemment être supportés par le chef d'entreprise.

Georges Gatineau,
Avocat à la Cour d'appel,
Conseil du Sou Médical.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ÉLYSÉE.

VIIIe Arrondissement.

Séance du lundi 7 décembre 1903.

Présidence de M. Mérigot de Treigny.

Des abus de la vaccination obligatoire gratuite ou pseudo-gratuite.

M. Plateau. — Il y a quelques années, un certain nombre de médecins ayant cru avoir à se plaindre du tort que faisait au corps médical le service de la vaccination gratuite, obligatoire, intensive, officiellement et administrativement imposée et organisée, portèrent leurs plaintes au sein d'une société médicale, celle du IXe arrondissement, sauf erreur. Une commission fut nommée à l'effet de rechercher si les réclamations formulées, entre autres contre un grand établissement vaccinal, quasi officiel, étaient fondées ; une enquête fut ordonnée, et le très distingué et très honorable rapporteur conclut à la parfaite correction des agissements des directeurs dudit établissement, et à la non-recevabilité, par conséquent, des doléances des confrères qui s'estimaient lésés.

Les honorables directeurs en question avaient agi en effet dans la plénitude de leurs droits. Ils avaient simplement profité d'un état de choses, de circonstances spéciales, qui leur avaient permis d'exercer plus largement, d'augmenter considérablement leur industrie de la fabrication et de la vente du vaccin et de la vaccination.

Depuis quelques années, des mesures administratives très sérieuses avaient été prises pour la désinfection des locaux habités par les varioleux, l'assainissement et la prophylaxie en général, et des instructions pressantes pour la vaccination et la revaccination avaient été données à tous, municipalités, instituteurs, bureaux de bienfaisance, etc. Malheureusement, un certain degré d'exagération et parfois de maladresse dans la compréhension et l'exécution de ces pratiques, très utiles et recommandables en elles-mêmes, avaient affolé le public déjà hypnotisé par une microphobie trop souvent extravagante et pénible.

Il ne pouvait être signalé un cas de variole dans un cloaque de chiffonniers de la banlieue, sans qu'immédiatement le public ne fût officiellement prévenu, et par suite violemment alarmé, par la voix de la Presse : « *La variole est dans nos murs* ? ». « *Epidémie de variole à Paris* ? ». L'état d'âme froussard ainsi créé n'aurait amené, somme toute, qu'un résultat favorable pour le public et le corps médical, si le dit public s'était adressé, comme en bonne justice et logique cela eût dû se passer, à ses médecins habituels. Ceux-ci auraient rassuré leurs clients et pratiqué les vaccinations et revaccinations nécessaires.

Malheureusement, le Pouvoir, outrepassant, à notre avis, ses devoirs et ses droits, est intervenu. Absolument persuadé que la vaccine devait être une *chose d'État*, il l'accapara, la monopolisa, et l'organisa officiellement. Et par suite, considérant que les médecins en général devaient être parfaitement inaptes à la délicate pratique de la vaccination, il ne se contenta plus d'inviter le peuple à s'adresser à ses vaccinateurs habituels, les médecins, ce qui était son devoir, mais procura et imposa le vaccin et les vaccinateurs de son choix, ce qui n'était pas son droit.

Et alors on voyait apposer partout de larges affiches blanches officielles ; et non seulement dans les rues et sur les édifices publics, mais encore *à l'intérieur des maisons particulières*. Le peuple terrifié apprenait ainsi que, tel jour, à telle heure, dans la cour de tel immeuble, la génisse administrative et le sacrificateur préfectoral apparaîtraient, tel le bœuf Apis aux yeux des Egyptiens enthousiasmés, et que le vaccin officiel serait largement et hypodermiquement distribué à tous les habitants de ladite maison, aux riches locataires du premier comme à la gent domestique du sixième. Tout le monde y passait, femmes, enfants, vieillards, adultes, les amis et connaissances. C'était bon, bien fait, et ça ne coûtait rien.

Quelque temps après, le médecin d'une famille, appelé pour une cause quelconque, apprenait là que ses clients avaient été ainsi vaccinés, que c'était vraiment bien commode, qu'on n'avait pas eu besoin de cette façon de déranger ce bon docteur, etc., que d'ailleurs l'affiche apposée dans l'immeuble signalait un cas de roséole douteuse dans une maison qui n'était pas située à plus de vingt minutes de là, et que, par suite « l'urgence d'une vaccination générale s'imposait dans l'arrondissement, que la génisse serait là demain, etc., etc. ». La famille effrayée, s'étant concertée avec les autres locataires, s'était donc décidée à subir, en nombreuse compagnie, la thérapeutique prévoyante de l'Etat médecin.

Le vrai médecin, lui, écoutait, un sourire vaguement aimable sur les lèvres, et approuvant, dodelinant de la tête, combien c'était en effet facile, commode et comme il était heureux qu'on ne l'ait pas dérangé pour si peu de chose ! Sept vaccinations chez moi seulement, docteur, songez-donc ! mon mari lui-même ! mes trois enfants que vous avez vaccinés il y a cinq ans, si vous vous en souvenez ? Mes deux bonnes et moi ! c'est vraiment bien organisé ! Et Mme X.,. vous savez, à l'étage au-dessous, dont vous deviez revacciner les deux fils qui vont entrer au lycée, elle en a profité aussi. Quelle corvée vous a été ainsi épargnée ! »

Hélas ! Pouvoirs publics ! Etat souverain ! c'est un peu de ces corvées-là que vit le médecin ! c'est son métier, en somme, à ce contribuable !

Il s'est passé tout récemment au Lycée Carnot un fait analogue à ceux que je viens de citer, et qui datent de quelques années.

Les pères de famille ont reçu de M. le Proviseur une lettre les informant que, par décision ministérielle, ils eussent à envoyer un certificat de revaccination efficace de leurs enfants, depuis moins de sept ans, ajoutant que les élèves qui n'apporteraient pas ce certificat avant le 26 novembre seraient, ce jour-là, vaccinés au Lycée avec la génisse déjà nommée, et que le coût de cette petite opération serait de un franc, que les parents seraient invités à verser. D'autres lettres, conçues dans les mêmes termes, présentaient cette différence que la gratuité pure et simple y était mentionnée (?),

Les élèves revaccinés sans succès depuis moins d'un an étaient soumis à la même formalité.

Pourquoi cette revaccination *officielle* ? Que les enfants qui n'apportent pas leurs certificats soient renvoyés à leurs familles jusqu'à preuve de revaccination récente, tout simplement ! Et alors rien de mieux. C'est ainsi qu'on n'accepte pas les enfants dans les établissements d'instruction sans certificats de vaccine.

Remarquez qu'il sagit ici d'un lycée d'*externes* et de *demi pensionnaires* seulement. Il n'y a pas d'internes. Il était donc parfaitement loisible aux familles de faire revacciner leurs enfants ou de leur faire délivrer par leur médecin le certificat demandé.

Et c'est justement dans ces deux circonstances que le médecin de la famille est lésé.

« On offre de revacciner mon fils *à l'œil* ou même pour un franc ! C'est un vrai placement de père de famille ? Je gagne une ou deux belles pièces de cent sous que j'aurais dû débourser à mon médecin soit pour la vaccination et peut-être une visite subséquente, soit pour l'établissement *de visu* du certificat demandé. » Et les parents ont bien raison de penser et d'agir ainsi.

Eh bien ? Messieurs, le *Pouvoir* agit-il correctement, dans ces circontances, vis-vis du Corps médical ? De quoi se mêle-t-il de vacciner lui-même ? Car enfin, *légalement*, le vaccin jennérien n'est pas *obligatoire* et n'a pas besoin de l'estampille de l'Etat.

On nous laisse encore la faculté (pour combien de temps (?) de pratiquer nous-mêmes la vaccination préventive à l'aide du sérum de Roux dans les familles où nous avons à soigner un cas de diphtérie. Bientôt, sans doute, il en sera comme pour la variole ; quand, obéissant à la loi sur la déclaration des maladies contagieuses,

nous aurons signalé au Pouvoir un cas de diphtérie, celui-ci, sans nous consulter, derrière nous, de force pour ainsi dire, enverra comme maintenant des seringueurs diplômés *ad hoc* injecter les flancs et les fesses de nos clients ! Cette hypothèse risible n'est pas, hélas ! invraisemblable et en tous cas sa réalisation continuerait purement et simplement les pratiques de vaccination jennérienne d'aujourd'hui.

Et dans l'espèce, Messieurs, y avait-il donc urgence à revacciner si vite, avant le 26 novembre, nos enfants ? Pourquoi n'avoir pas pris ces mesures avant la rentrée, en octobre ? Pourquoi ne pas attendre les prochains congés de Noël et du Jour de l'An ? Signalait-on une épidémie, une recrudescence de variole ? Non, il fallait attendre l'heure fixée par le vaccinateur officiel, évidemment.

En en effet, je lis — et je copie — le *bulletin hebdomadaire de statistique municipale*, n° 47 du dimanche 22 au samedi 28 novembre 1902.

« La variole n'a causé aucun décès : le nombre des cas nouveaux est toujours stationnaire et très inférieur à la moyenne 7 au lieu de 26). Les 7 cas en question se trouvent sans exception, dans les hôpitaux spéciaux aux varioleux. Il y a donc eu, en une semaine, *sept cas* de variole sur une population de *cinq millions* d'habitants ! car ces hôpitaux reçoivent les varioleux du département de la Seine tout entier. ».

Que si l'on m'objecte que c'est justement grâce aux mesures administratives rigoureusement observées que doit être attribué cet heureux résultat, je répondrai que nul plus que moi, ou plutôt que nous, médecins, n'a lieu de s'en féliciter ; que c'est peut-être bien un peu au corps médical — ce qu'on paraît souvent oublier — qu'est due, en somme, la quasi-disparition de la variole ; et que si nous approuvons les mesures d'hygiène et de prophylaxie conseillées, suggérées et imposées par nous, nous n'en maintenons pas moins énergiquement notre droit de les appliquer *nous-mêmes*, celles tout au moins qui ressortissent à notre art.

Nous avons payé et payons toujours assez cher notre pauvre privilège de médecin et l'énorme patente qu'on nous a fait l'honneur de lui attribuer, pour que les opérations de pure pratique médicale, comme la vaccination, ne nous soient pas enlevées par ceux-là mêmes qui doivent, je ne dirai pas protéger notre profession, mais en respecter les droits comme ceux de toutes les autres.

Tant que les boucheries, boulangeries, épiceries, entreprises de zinguerie, plomberie ou de vidanges, etc., ne seront pas municipales, il ne doit pas exister d'établissement municipal de vaccine, ou subventionné, ou imposé par le pouvoir, et travaillant à prix réduit, faisant ainsi officiellement une concurrence illégale et déloyale aux travailleurs médecins. Nous demandons l'égalité de traitement.

M. le Président. — La Société désire-t-elle émettre un vœu comme suite à l'intéressante communication de M. Plateau ?

M. le Pileur, secrétaire général.— Ce serait à désirer d'autant plus que nos délibérations ne sont pas sans influence. Ainsi le vœu que nous avons émis à propos de la déclaration et du dépôt des fœtus et embryons, semble avoir été entendu puisque satisfaction presque complète a été obtenue.

M. le Président. — Voici, Messieurs, l'ordre du jour que propose M. Lutaud :

La Société de l'Elysée appuie la proposition de M. Plateau et regrette toute ingérence de l'Etat dans la pratique de la revaccination.

M. Millée. — J'aurais pensé que la Société aurait pu émettre le vœu de donner la plus large publicité au rapport de M. Plateau et de chercher à avoir une action commune avec les autres sociétés d'arrondissement.

M. Dignat. — L'Etat a le droit d'exiger un certificat de vaccination ou de revaccination, mais là s'arrête le droit de l'Etat.

M. le Pileur, secrétaire général. — Je crois, Messieurs, qu'il ne faut pas trop nous hâter d'émettre un vœu sans avoir bien réfléchi à la question. Nous pouvons sans doute regretter que la médecine officielle se substitue ainsi et presque sans avertissement à la médecine privée, mais n'oublions pas que c'est presque uniquement à ces revaccinations officielles qu'est due, ainsi que M. Plateau nous le faisait remarquer du reste, la diminution de la variole, et cherchons un *modus vivendi* qui, tout en permettant au médecin de la ville d'exercer son art, laisse à l'Etat une haute et suprême direction, laquelle ne sera jamais compatible avec aucune excuse, aucun atermoiement.

M. Dignat. — Il existe un Conseil général des sociétés d'arrondissement ; c'est devant lui qu'il faut porter la question.

M. le Président. — Je propose l'ordre du jour suivant :

La Société appuie la proposition de M. Plateau et est d'avis de porter la question devant le Conseil général des sociétés d'arrondissement. (Adopté.)

Le secrétaire annuel,

Arago.

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Nous ouvrons aujourd'hui cette rubrique nouvelle, au risque de nous encombrer si les confrères veulent bien répondre à notre appel.

Notre but est de faciliter la tâche à M. le Dr Maxvell, l'avocat général si distingué de la Cour de Bordeaux, qui a entrepris de constituer le dossier de l'exercice illégal de la médecine en France et de la réclame des charlatans, diplômés ou non, faite directement près du public.

Ne craignez pas, chers lecteurs, de nous adresser vos découpures avec des renseignements circonstanciés que vous pouvez posséder ; nous ne vous mettrons pas en cause. Des faits prouvés par des documents, voilà ce que nous voulons entasser. Si d'autres organes de la presse médicale suivent notre exemple, nous finirons bien par créer le mouvement de révolte que nécessitent ces abus. Peut-être alors législateurs et magistrats s'apercevront-ils du ridicule dont ils se couvrent devant les gens intelligents, quand ils gobent les boniments de tant de farceurs et, par une mansuétude qui sent l'ignorance des siècles passés, tolèrent toutes ces industries hostiles à la santé et à la bourse de leurs concitoyens.

Les numéros du 25 et du 26 janvier de la *Dépêche de Lille* nous fournissent les premiers échantillons de notre exposition:

REPORTAGE MÉDICAL

Journalistique. — Notre excellent et distingué secrétaire adjoint de l'Union des syndicats médicaux, M. le Dr Millon vient d'être choisi comme rédacteur en chef de la *Revue Internationale de médecine et de chirurgie.* — Tous les ardents de la défense professionnelle se féliciteront comme nous de cet heureux choix.

Conseils sanitaires aux jeunes mariés.—La *Société de prophylaxie sanitaire* (traduisons ligue anti-vénérienne) vient de charger le Dr Jullien de la rédaction d'un petit *Manuel* préparatoire à la nuit de noces, où seront formulés les préceptes de la prophylaxie contre la blennorrhagie et la syphilis.

La présidence du Conseil d'hygiène. — M. le Dr Debove vient d'être nommé président du Conseil d'hygiène en remplacement de M. le Dr Brouardel promu (involontairement, paraît-il) à une présidence honoraire purement consolatrice. Nous sommes trop étrangers aux coulisses de l'administration et de la haute politique pour pouvoir faire autre chose qu'enregistrer ce fait divers incapable, à notre humble avis, de diminuer la valeur d'un homme aussi connu que l'ancien doyen de la Faculté de médecine, qui, s'il a pu, comme tout autre, commettre de graves erreurs, a aussi rendu des services très appréciés.

Les médecins catholiques. — La *Voce della Verita*, annonce que 2,000 docteurs ont déjà donné leur adhésion au projet de pèlerinage international des médecins catholiques, et rappelle qu'il est question d'organiser une vaste Association des médecins chrétiens, dont le siège central serait à Rome. Cette Société, placée sous le patronage de saint Luc, aurait pour but de combattre les conséquences de la science matérialiste et de procurer, dans la mesure du possible, la mort chrétienne aux malades. (*Journal de médecine de Bordeaux*).

Exercice illégal. — M. Dastan, âgé de cinquante ans, vient d'être arrêté pour exercice illégal de la médecine.

Déjà condamné à six mois de prison et 1.000 francs d'amende pour le même fait, il avait réussi à se créer une jolie clientèle parmi les rentiers des environs de Paris, avec lesquels il traitait à forfait pour des sommes assez importantes. Il s'engageait à guérir les maladies réputées incurables.

Il avait voiture de grande remise au mois et menait grand train. C'est au moment où il sortait du numéro 17 de la rue des Filles-du-Calvaire qu'un inspecteur chargé de le filer, et un de ses collègues, l'ont arrêté et conduit au dépôt dans sa propre voiture. Cette maison était surveillée depuis huit jours car on savait qu'il venait y retirer sa correspondance, bien qu'il n'y fût pas locataire.

Dastan n'avait pas de domicile fixe. Il se déplaçait souvent pour échapper à la surveillance de la police. (*Actualité médicale*).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Delvaille, de Bayonne, Chaudol, de Nice, Wimy, de Pierrepont (Aisne), Chachereau, de Nantes et Robuchon, d'Ile d'Yeu (Vendée) ; membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année — N° 7 — 13 FÉVRIER 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La confraternité pendant les luttes électorales.

On nous signale, depuis quelques jours, dans la correspondance du *Concours* et dans celle du « Sou médical » une recrudescence de vilenies confraternelles.

Attention, chers amis, c'est la période électorale qui s'ouvre pour les conseils municipaux. Le débinage du médecin candidat va fournir un aliment sérieux aux potinières, qui se créent chez les grands électeurs, et Basile se frotte les mains suivant son geste des beaux jours.

Au courrier de ce matin nous trouvons le récit suivant, qui prouve une fois de plus, malheureusement, que si le public nous malmène gravement en ces semaines d'agitation locale, c'est trop souvent le mauvais confrère qui lui souffle la calomnie et l'insinuation malveillante à jeter dans la circulation.

Laissons la parole à notre correspondant lui-même.

Dans un chef-lieu d'arrondissement habitent cinq médecins, qui peuvent se diviser en deux catégories distinctes. Deux d'entre eux, très étroitement unis, remplissent des fonctions électives et, pour s'y hisser plus aisément, font de la médecine électorale, donc gratuite, et, par conséquent préjudiciable aux confrères médiats et immédiats. Les trois autres estiment plus digne d'eux de ne pas trafiquer de leur profession. Malgré cette dissemblance, les rapports sont corrects. Aux réunions de la Société locale, on discute bien, on se dispute même un peu, mais ce sont débats courtois, presqu'académiques.

Un incident récent a démontré que cette correction mutuelle n'était, chez les deux premiers, qu'un vernis mal appliqué sur un métal vulgaire, qui laisse l'envie percer comme une rouille. En ce cas particulier, le défaut d'intelligence ou le manque de jugement ne doivent pas être invoqués comme excuses.

Voici le fait.

Deux des trois médecins qui n'avilissent par leur art et refusent de le ravaler à l'état de marchepied électoral, sont appelés auprès d'une jeune femme qui, au cours d'un déplacement, avait avorté, était rentrée chez elle et faisait de la rétention. Gros utérus, quelques douleurs, rejet presque journalier de caillots, anémie qui allait s'aggravant et, par-dessus tout, menace d'infection. Les deux praticiens établissent solidement leur diagnostic, — ils n'avaient pas assisté à l'accident initial —ils décident d'intervenir, ils interviennent par curetage et trouvent dans la matrice, outre des caillots, un fœtus absolument infiltré, mort il y avait beaux jours.

Ils venaient de faire une excellente besogne plus qu'utile, urgente.

Quel n'est pas leur étonnement, deux jours après, d'apprendre que, par la ville, couraient des bruits étranges. La grossière erreur (! !) qu'ils avaient commise était l'unique thème de toutes les conversations. Pensez donc ! Ils avaient trouvé un enfant vivant et avaient inconsciemment provoqué une fausse couche. Le Parquet, disait-on, se tâtait, hésitait. C'était un immense scandale.

Les deux médecins incriminés furent avertis...et abasourdis ! Ils firent une enquête très discrète, très facile et très sûre et ils furent bien plus abasourdis, les pauvres, quand ils surent que, derrière tous ces commérages empoisonnés, étaient les deux confrères à gratuité électorale. Ils voulurent douter. Ce fut impossible. Informés, à leur tour, par la rumeur

publique,les médecins des campagnes voisines arrivèrent au grand trot de leurs chevaux serrer les mains de leurs amis. A leur tour, ils voulurent douter et ce fut encore impossible.

Alors une détermination fut prise à l'unanimité, celle-ci : dans le cas où les rôles seraient un jour renversés et où les deux confrères politiciens très étroitement unis et qui voudraient tout pour eux, seraient sous le coup d'une accusation aussi monstrueuse et aussi injuste ; dans le cas même où cette accusation aurait quelque vraisemblance ou quelque réalité, tous les autres confrères même les deux qu'ils viennent de faire souffrir et, surtout eux, auraient une conduite diamétralement opposée. Ils l'estimeraient toute naturelle et d'une élémentaire probité médicale.

Car il faut, en définitive, que, même après de pareils écarts, force reste à celle-ci et que, par leur exemple, les bons confrères y ramènent les mauvais.

N'est-on pas frappé de stupeur devant l'inconscience dont témoignent les ambitieux quand ils se mettent à jouer, contre leurs confrères, de cette arme si redoutable : la responsabilité médicale ?

Oublient-ils donc qu'elle peut demain se retourner contre eux, qu'ils ne sont pas infaillibles, que les victimes de leurs insinuations pourraient leur réclamer dommages-intérêts et réparations, et que malgré les faux pas de la justice, les belles relations et la fortune, on finit par perdre toujours à ce jeu-là ?

Et puis il y a la conscience, cette grande directrice de la conduite du médecin ! Que leur dit-elle à ces praticiens le soir du jour où ils l'ont ainsi violentée ?

La politique, nous dira-t-on, ne consulte pas la conscience,

Nous nous refusons à l'admettre comme règle générale, au moins en ce qui concerne le médecin.

Et c'est pourquoi, nous n'hésitons pas à conclure que, même dans les luttes électorales, la déontologie ne saurait abdiquer ses droits sous peine d'entraîner... la disqualification et la mise en quarantaine.

On doit, plus que cela, respecter son diplôme et le caractère élevé de la profession à laquelle nous appartenons.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'urgence de pratiquer la suture du périnée après l'accouchement

Les pénibles conséquences qu'entraîne la déchirure du périnée après l'accouchement, au point de vue de la stabilité de l'appareil pelvi-génital font un devoir à tout praticien qui a assisté une accouchée de ne plus se contenter des serres fines ou du rapprochement des membres inférieurs pour favoriser la réparation du périnée, mais d'en opérer immédiatement la suture.

Aussitôt que la femme sera délivrée, on procède à l'opération. Aux malades pusillanimes, on pourra administrer le chloroforme ; souvent cela n'est pas nécessaire. M. Reclus (*L'anesthésie localisée par la cocaïne*, Paris, Masson et Cie, édit., 1903), recommande l'injection de cocaïne à 1/2 p. 100 ; le liquide est injecté à la demi-circonférence inférieure de la vulve et est poussé en remontant de chaque côté jusqu'à l'origine des petites lèvres ; il faut une injection de chaque côté. La femme a été placée en travers du lit, en position obstétricale. Désinfection soignée de la plaie au moyen d'un lavage prolongé à l'eau bouillie ou au sublimé ; des matières fécales ont-elles souillé la plaie ? Après le lavage, compléter le nettoyage par une friction des surfaces cruentées avec une solution phéniquée à 1 p. 50 (Marion, *Opérations courantes*, 1903, p. 328).

Instruments nécessaires : une paire de ciseaux, une pince à griffes, une aiguille de Reverdin très courbe. Cette dernière aiguille ou, à son défaut, une aiguille d'Emmet devra trouver place dans l'arsenal chirurgical de tout praticien.

Lorsque la paroi vaginale et la portion antérieure du périnée ont été seules intéressées, il suffit de deux à trois sutures très simples : les fils (crins de Florence) pénètrent d'un côté à un demi-centimètre de la plaie, traversent les tissus sous-jacents à la plaie, sans paraître à la surface de la plaie et ressortent de l'autre côté de la même manière, c'est-à-dire cheminent en profondeur sous la plaie opposée pour ressortir en un point opposé symétrique à celui de pénétration. Lorsque le praticien manque d'aiguille de Reverdin, M. Marion conseille la modification suivante : le fil pourra traverser la plaie au niveau de son angle en deux reprises, mais n'apparaîtra dans la plaie que ce qu'il faut pour pouvoir être repris de l'autre côté. Tous les fils étant placés, on les noue successivement et l'on rapproche les tissus en masse.

Nouveau lavage, tamponnement à la gaze iodoformée, enlèvement du tampon chaque jour pour permettre les soins nécessaires à la femme. Les fils seront enlevés le dixième jour.

Dans les cas de déchirure complète, la technique est plus compliquée. Ces déchirures sont, du reste, assez rares, lorsque l'extraction de la tête fœtale s'opère sans brutalité. Avant tout, il faudra réunir la muqueuse rectale ; un surjet profond de catgut y pourvoira ; le surjet commencera à la face profonde de la plaie et adossera la muqueuse rectale sans la traverser. De cette façon, la déchirure complète sera transformée en déchirure incomplète. Cela fait, une série de fils seront passés comme précédemment, les inférieurs traversant la plaie aussi près que possible du catgut qui a rapproché les parois rectales. Restent les lèvres de la plaie vaginale ; un dernier surjet de catgut les rapprochera. Les fils étant noués, le pansement sera fait comme précédemment. Il sera bon de constiper la malade pendant six ou sept jours, afin d'éviter le passage des matières sur la plaie.

La région suturée s'infecte-t-elle ? La malade prend-elle de la fièvre ? Des rougeurs apparaissent-elles sur le siège des sutures ? Il faut faire sauter tous les fils de suture et laver abondamment la plaie. La réparation ne pourra plus être tentée qu'ultérieurement, après cicatrisation complète de la plaie, soit un minimum de trois mois. (*Journal des Praticiens.*)

L'intervention immédiate, en empêchant souvent la périnéorrhaphie tardive, sera tout à l'avantage de la femme et aussi du praticien. Les déchirures du périnée, on a toujours tendance à en rendre responsable l'accoucheur ; cette déchirure est-elle recousue immédiatement ? Nul n'en parle et c'est fini. Mais si l'opération est remise à plus tard, pendant des semaines la femme en entretient son entourage, et si c'est à la campagne,

toutes les commères du village seront mises au courant. Les commentaires vont leur train, grossissent, et c'est immanquablement sur le dos du praticien que tombe l'orage. En vérité, mieux vaut recoudre les périnées tout de suite, et faire l'acquisition d'une aiguille d'Emmet ou de Reverdin très courbe.

Les fluides humains.

Dans son premier cours de Biologie générale M. le Dr Baraduc a étudié, avec beaucoup de science communicative, les fluides humains. L'existence de ces fluides humains est démonstrable par la radio photographie et les mouvements d'une aiguille biométrique qui chiffre et mesure par des arcs de cercle différents les différentes vibrations du double fluidique contenu dans le corps humain.

Il a exposé ses deux méthodes de radio-photographie humaine spontanée, et de biométrie, en les comparant au point de vue du mouvement imprimé à l'aiguille par l'émanation humaine, et de la puissance photo-chimique de cette même émanation réduisant les sels d'argent.

M. Baraduc insiste sur les avantages qu'on pourrait retirer de l'emploi de ces deux méthodes, vieilles de plus de dix ans, lorsque, dans un laboratoire de physiologie, elles seraient simultanément employées avec l'écran au platino-cyanure de baryum, si bien que l'homme fluidique pourrait à la fois être étudié dans ses vibrations par la plaque qui en reçoit l'empreinte photochimique, c'est-à-dire la signature authentique, le biomètre qui en chiffre le mouvement d'émanation, et l'écran de MM. Charpentier et Blondlot dont la fluorescence s'illumine sous leur influence. Ces trois méthodes réunies permettront de se rendre exactement compte de l'allure du mouvement vital, de sa puissance photo-chimique, et de son degré de luminosité.

MEDECINE PRATIQUE

Paralysies faciales otitiques.

M. le Dr M. Grivot, de Paris, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des paralysies faciales d'origine otitique, à leurs causes et à leur traitement. Cette très consciencieuse étude d'un spécialiste distingué nous a paru digne d'intéresser nos lecteurs praticiens et nous en analyserons les principaux passages.

I.

Etude anatomique et déductions étiologiques.

M. Grivot a étudié de près les descriptions des anatomistes compétents en ce qui concerne le trajet intra-temporal du facial, et il a vérifié par lui-même, avec M. Rozier, les diverses anomalies qui peuvent être causes de paralysies de la musculature de la face innervée par la 7e paire. Voici, en quelques lignes, le résumé des plus importants rapports que le nerf facial affecte dans le trajet intrapétreux.

La première portion offre peu d'intérêt ; il n'en est pas de même de la seconde ou portion horizontale, appelée portion vulnérable par Gellé et qui mérite bien cette dénomination ; les parois osseuses minces de l'aqueduc de Fallope qui sont à découvert et qui forment même une saillie au-dessus de la fenêtre ovale sont fort exposées ; en plus de leur minceur, elles présentent fréquemment des déhiscences facilitant la compression du nerf en favorisant la propagation de l'infection. Dans cette gaine osseuse, bien que mince, le nerf peut cependant être comprimé, s'il s'y produit un exsudat, car les parois sont inextensibles.

En quittant la paroi interne de la caisse, le nerf s'engage dans son massif osseux ; ce mot semble annoncer une protection sérieuse, nous savons qu'il n'en est rien pendant la moitié supérieure de la troisième portion. *En dedans*, les parois de l'aqueduc sont à découvert au niveau de la *Cavité sous-pyramidale d'Huguier*, dont l'existence est très fréquente ; dans ce recessus, les processus inflammatoires pourront se cantonner, l'ostéite succèdera et le nerf se trouvera facilement atteint. On admettait qu'*en dehors* le nerf fût mieux protégé ; il n'en est rien car, dans nombre de cas, il existe aussi à ce niveau des fossettes qui mettent à découvert les parois de l'aqueduc.

a. — Cavité sus-pyramidale de Sappey, ou *Sinus posterior superior* de Schwalbe, située un peu au-dessus de la pyramide et coexistant ou non avec ;

b. — Cavité prépyramidale qui est située au-dessous d'une horizontale unissant la pyramide à l'orifice d'entrée dans la caisse de la corde du tympan ;

Cette dépression peut aussi exister isolément.

c. — Sinus posterior inferior de Schwalbe, cavité intermédiaire aux deux précédentes, située entre l'orifice de la corde et la pyramide et qui n'existe que lorsque les précédentes n'existent pas ;

d. — Toute la paroi externe de l'aqueduc de Fallope peut se trouver à découvert, par suite de la fusion des cavités précédentes en une seule dépression de la face postérieure de la caisse, située en dehors de la pyramide ; cette paroi se trouve alors plus exposée que la paroi interne puisqu'elle est découverte à partir du coude ; lorsqu'il y a coexistence d'une cavité sous-pyramidale, l'aqueduc de Fallope forme une véritable stalactite, adhérente en arrière, dans la caisse.

La connaissance de ces dispositions anatomiques nous permet de mieux comprendre les relations encore trop fréquentes entre les paralysies faciales et les affections de l'organe auditif. Au cours des maladies de l'oreille externe, la paralysie peut être d'origine réflexe, tel semble être le cas lorsqu'il existe un corps étranger ; apparaissant avec un zona, il s'agit, le plus souvent, d'un état infectieux qui s'accompagne de phénomènes névritiques. Au cours d'une otite catarrhale aiguë, l'apparition d'une paralysie faciale est un événement important, car la véritable cause de la paralysie a pu passer longtemps inaperçue.

Lorsqu'il existe un exsudat dans la caisse, l'intérêt diminue puisque la lésion causale est plus apparente.

Les causes les plus fréquentes des paralysies faciales otitiques sont les affections chroniques de l'oreille moyenne et surtout les lésions osseuses, carie de l'aqueduc de Fallope, ostéite du plancher et surtout ostéite du massif osseux du fa-

cial, ostéite du promontoire et du labyrinthe. Dans quelques cas rares, la lésion occasionnelle siègera au niveau du conduit auditif interne ou du trou stylo-mastoïdien.

Enfin, les lésions traumatiques du temporal peuvent encore s'accompagner de paralysie faciale ; dans quelques cas, le traumatisme porte directement sur le canal osseux du nerf ; et dans les fractures de la base du crâne irradiées de la voûte, en particulier, l'action se produit indirectement.

Les lésions nerveuses consécutives aux différentes opérations portant sur le temporal peuvent être rapprochées des causes précédentes : au niveau de la caisse, curettages, ablation des osselets, opération de Stacke ; trépanation mastoïdienne, surtout lorsque les cellules limitrophes sont intéressées ou lorsqu'une résection de la pointe s'impose, si la suppuration a fusé dans le cou ; évidement pétro-mastoïdien et coup de gouge maladroit ou curette maniée trop hardiment ; résection du rocher où la paralysie semble la règle ; mise au jour du bulbe de la jugulaire lors de thrombose suppurée ; trépanation du labyrinthe.

Dès la naissance, la paralysie faciale otitique peut être constatée : une des causes serait l'agénésie de la portion périphérique du nerf avec agénésie de l'oreille, dont une observation complète et confirmée par l'autopsie a été communiquée à la Société médicale des hôpitaux, en 1901, par M. Marfan ; dans Tomka nous trouvons signalée la possibilité d'une paralysie faciale consécutive à une otite moyenne intra-utérine.

II

Etude clinique.

S'il existe une destruction du nerf au niveau de sa première portion, on constate une paralysie de toutes les fonctions.

Muscles de la face. — Les muscles de la face ont perdu leur motilité volontaire et leur tonicité, ils sont dans un état permanent de relâchement, d'où il résulte la rupture de l'équilibre musculaire, en vertu duquel la symétrie du visage se maintient. Les traits sont tirés vers le côté sain, qui paraît avoir moins d'étendue verticale que la moitié paralysée ; les sillons sont effacés. L'asymétrie devient encore plus frappante, lorsque le côté sain se contracte.

Les troubles fonctionnels, qui en résultent, sont nombreux, quelques-uns peuvent être graves, en particulier les altérations du globe oculaire que la paupière ne recouvre plus.

Corde du tympan. — Les altérations du goût, résultant de la paralysie de la corde, siègent sur les deux tiers antérieurs de la langue ; on peut noter soit une abolition, soit une diminution, soit un retard, soit enfin une perversion des sensations gustatives. La sensibilité au tact et à la douleur a été trouvée absolument intacte, parfois plus ou moins émoussée.

D'après MM. Toulouse et Vachide, la section du facial intra-pétreux s'accompagnerait d'une perte de la sensibilité gustative aussi bien à la base de la langue qu'à la pointe ; la sensibilité au tact et à la douleur serait diminuée également dans le même territoire.

La paralysie du voile du palais, admise autrefois comme phénomène dû à la paralysie faciale, n'est plus considérée aujourd'hui comme classique par Hoffmann et par Lermoyez.

On n'admet plus, non plus, actuellement, que l'hyperacousie observée dans la paralysie faciale soit due à la paralysie des muscles du marteau et de l'étrier ; car, seul, le muscle de l'étrier est innervé par le facial ; pour Friedrich, l'hyperacousie et les autres troubles auditifs susceptibles de s'associer à la paralysie faciale périphérique seraient imputables à une action directe portée au nerf auditif qui entretient des rapports anatomiques si étroits avec le facial.

D'après Tomka, ces phénomènes seraient la conséquence d'un retentissement, sur le labyrinthe, de la lésion qui a provoqué la paralysie faciale.

M. Gellé a admis que la douleur pouvait être due aux mouvements excessifs de la chaîne des osselets dont les articulations peuvent être le siège d'une inflammation plus ou moins marquée.

Troubles sensitifs, sudoraux, salivaires, lacrymaux. — On observe parfois des phénomènes douloureux qui peuvent précéder les manifestations paralytiques et qui siègent au voisinage de l'oreille ; exceptionnellement, ils peuvent acquérir une violence considérable et l'on a affaire à la paralysie faciale douloureuse.

D'après Kœster, les troubles de la sécrétion sudorale, hyperhydrose, anhydrose, limités à la moitié de la face qui est le siège de la paralysie, sont quelquefois constatés. M. Strauss, comparant le retard de la sudation par la pilocarpine des deux côtés de la face, a constaté un retard de la sudation du côté paralysé ; ce phénomène n'appartiendrait toutefois qu'aux formes graves.

On a également signalé des modifications de la sécrétion des glandes sous-maxillaire et sublinguale, exagération ou diminution de la sécrétion. Enfin, on observe aussi des troubles de la sécrétion lacrymale.

Parmi les symptômes exceptionnels, il faut signaler les *contractions cloniques des muscles de la face* pouvant se prolonger pendant 3 ou 4 mois ; et la *déviation du globe oculaire* sous l'influence de contraction de l'orbiculaire des paupières du côté paralysé.

Ce dernier phénomène a été décrit par *Bordier* et *Frenkel*. Lorsque le malade veut contracter son orbiculaire palpébral pour fermer la paupière, il dévie *en même temps le globe oculaire en haut et légèrement en dehors* ; même en fixant un objet placé devant lui, le malade est obligé d'abandonner la fixation de cet objet, pour pouvoir faire entrer en contraction son orbiculaire palpébral. La paralysie peut alors être regardée comme grave, car lorsque la paralysie est bénigne, la contraction de l'orbiculaire est possible pendant que le malade fixe un objet placé en avant.

Ce signe peut permettre aussi de suivre les progrès de l'amélioration de la paralysie, car dans ce cas l'occlusion des paupières arrive à se produire sans que la ligne du regard dévie.

Bonnier est revenu sur le même phénomène qu'il a observé 8 fois sur 8 paralysies, dont quelques-unes otitiques ; pour lui, les choses ne se passent pas toujours comme l'ont décrit Bordier et Frenkel, qui attribuent la déviation de l'œil en haut et en dehors à l'action du petit oblique ; le globe est attiré en haut, puis en dehors, il s'agit donc le plus souvent du droit supérieur et ensuite du droit externe.

Telle n'est pas l'opinion de Bonnier : selon lui, ce phénomène de déviation apparaît lié intimement à la disparition de l'action volontaire de regarder et tout l'appareil de l'oculo-motricité obéit très fidèlement à la volonté de regarder. Après l'appareil de la vision, le système oculo-moteur n'a pas de maître plus exigeant que l'appareil ampullaire des canaux de l'oreille interne et c'est lui précisément qui en est cause pour deux raisons : la paralysie faciale supprime souvent l'action frénatrice du muscle de l'étrier, troublant l'équilibre de la tension labyrinthique ; en second lieu, la paralysie faciale est souvent liée à un trouble inflammatoire ou congestif de la paroi externe du labyrinthe.

En présence d'un malade atteint de paralysie faciale, il reste encore un examen à pratiquer dont l'importance pronostique peut être considérable, c'est l'examen des modifications de l'excitabilité électrique du nerf et des muscles par lui innervés, modifications qui varieront suivant l'époque où sera pratiqué l'examen. Supposons une solution de continuité du nerf facial : le nerf présente d'abord une exagération de l'excitabilité électrique qui n'est pas constante et qui dure peu ; une diminution de l'excitabilité faradique et voltaïque succède ; au bout d'une quinzaine de jours, l'excitabilité a complètement disparu. Du côté des muscles, on constate d'abord un affaiblissement de l'excitabilité, puis au bout d'une quinzaine il se produit une élévation de l'excitabilité galvanique.

Lorsque la réaction de dégénérescence s'est produite, voici ce qu'on observe : abolition de l'excitabilité faradique du tronc du facial ainsi que des muscles ; la contractilité voltaïque est perdue pour le nerf, tandis que celle des muscles est augmentée ; de plus les secousses de chaque muscle excité sont lentes, traînantes, au lieu d'être brèves et rapides comme l'éclair ; enfin, il y a renversement de la formule physiologique NFC>PFC.

A la longue, lorsque la dégénération augmente, l'excitabilité voltaïque du muscle s'affaiblit, la contraction devient de moins en moins forte puis plus faible que du côté sain ; lenteur de la secousse, inversion de la formule normale persistent ; à la longue NFC disparaît, il ne reste plus que PFC qui finit à la longue par s'éteindre aussi.

Au contraire, lorsque le nerf a pu se régénérer, l'excitabilité faradique et voltaïque du nerf reparaît, les muscles présentent encore pendant quelque temps les réactions anormales, puis progressivement leur contractilité redevient normale.

III

Traitements des paralysies faciales otitiques.

Dans quelques cas heureux, les paralysies faciales otitiques guérissent seules, sans traitement. Un double traitement s'impose : d'une part traitement électrique qui devra agir sur la paralysie en entretenant la motilité du muscle et l'empêchant de s'atrophier, en même temps qu'il réveillera la tonicité, l'excitabilité nerveuse et la contractilité volontaire ; d'autre part, traitement auriculaire qui devra tenter de supprimer la lésion causale, ou, s'il n'y peut parvenir, éviter qu'elle n'augmente d'étendue. Lorsque ces deux traitements seront inefficaces, et que la paralysie semblera incurable, il restera comme dernière ressource de tenter la régénération du nerf en l'anastomosant avec la branche externe du spinal, opération préconisée par MM. Faure et Furet.

Traitement électrique.

Avant d'entreprendre ce traitement, il est nécessaire qu'un examen électrique ait été pratiqué pour être renseigné sur l'état des réactions qui se présentent soit du côté du nerf, soit du côté du muscle ; il y a là un grand intérêt pratique, car, suivant les modifications que l'on observera, on pourra entrevoir une guérison plus ou moins facile. Cet examen, qui pourra être pratiqué dans les jours qui suivront l'apparition de la paralysie, n'aura guère sa valeur complète, que pratiqué au bout de 15 à 20 jours ; à cette époque seulement, la réaction de dégénérescence pourra être définitivement établie ; si elle ne l'est pas encore, on aura beaucoup de chances d'obtenir dans la suite un retour à l'état normal, même s'il se produisait une modification assez grave de la réaction électrique.

Au début, on soumet le malade à la galvanisation continue du nerf facial, deux ou trois fois par semaine pendant 15 minutes, avec des courants d'une intensité de 3 à 5 milliampères et en évitant les excitations d'ouverture et de fermeture, afin de ne pas provoquer la contracture secondaire.

La galvanisation porte successivement sur les points suivants :

1° En arrière et au-dessous de l'oreille au niveau de l'émergence du trou stylo-mastoïdien ;

2° Au devant de l'oreille, au point où le nerf se divise en ses branches terminales ;

3° Au niveau de la tempe, sur le trajet de la branche supérieure du facial.

4° Au-dessous de l'œil, au niveau du plexus sous-orbitaire, et sur les muscles élévateurs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure ;

5° Sur la joue, au niveau du buccinateur et du plexus mentonnier, des muscles triangulaires des lèvres et du carré du menton.

Au bout de quatre ou cinq semaines, l'excitabilité faradique de quelques muscles commence à reparaître : zygomatique, carré du menton, triangulaire, se contractent avec un fort courant. Quant à l'excitabilité galvanique, elle est toujours augmentée, mais la différence entre la grandeur des secousses d'anode fermeture et de cathode fermeture est moins prononcée. On constate que l'œil se ferme à peu près complètement, en même temps que la déviation est moins accusée. Au bout de deux mois, la contractibilité faradique est revenue à peu près pour tous les muscles du côté paralysé, mais il faut un courant beaucoup plus intense que du côté sain. L'excitabilité galvanique est ainsi modifiée : les secousses d'anode fermeture ne l'emportent plus sur celles de cathode fermeture.

L'œil se ferme bien et l'on sent que le malade pourra bientôt abaisser la paupière supérieure tout en fixant un objet. Le traitement par la faradisation rythmée alterne à partir de ce moment avec la galvanisation continue.

Deux mois et demi après, le courant faradique fait contracter les muscles avec une intensité peu supérieure à celle qui est nécessaire

pour le côté sain ; les secousses de N. F. et P. F. sont égales, mais la lenteur des secousses est moins grande.

On continuera encore le traitement une quinzaine.

Quand il n'y a pas de réaction de dégénérescence, il peut y avoir avantage à employer, dès le début, un courant faradique, mais un courant très faible, induit sur une bobine à gros fil.

Il convient de ne provoquer sur les muscles que des secousses isolées et espacées, et, pour cela, de ne produire que des intermittences rares ou peu fréquentes du courant inducteur.

TRAITEMENT AURICULAIRE.

Ce traitement est à près purement chirurgical. Dans l'otite légère, la paracentèse est l'indication la plus impérieuse.

Dans les otites chroniques, un traitement local peut quelquefois réussir. Le curettage et l'excision de polypes ou de fongosités qui entretiennent la suppuration sont parfois suffisants. Dans les cas plus invétérés, et plus anciens, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'attico-antrotomie, pour découvrir la cause réelle de la suppuration.

Pour bien voir au cours de cet évidement osseux, il est important d'assurer l'ischémie en déposant au fur et à mesure sur les points qui saignent, quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline au 1/1000.

Devant l'échec de ces moyens, on aura recours à la sculpture du canal de Fallope, indiquée et pratiquée par Chipault en 1895.

Voici en deux mots la technique : Très grande incision rétro-auriculaire, rugination complète des insertions du sterno-mastoïdien sur la pointe; puis à la gouge on s'enfonce à la recherche du trou stylo-mastoïdien ; une fois découvert, il ne s'agit plus que de suivre le facial par de prudents coups de gouge. Arrivé au seuil de l'aditus, on agit comme pour un évidement. Il est parfois nécessaire d'agir plus loin avec de grandes précautions pour ne pas intéresser le canal semi-circulaire ou la fossette de la fenêtre ovale.

Les lésions traumatiques du temporal compliquées de paralysie faciale demanderont un traitement local qui sera celui d'une otite aiguë suppurée en général : désinfection du conduit, assurer le drainage et tenter de modifier la muqueuse de la caisse par les instillations de glycérine phéniquée 1/50.

Les paralysies faciales qui apparaîtront au cours des interventions auriculaires ne comportent pas de traitement spécial; comme toutes les fois où le nerf est à découvert, le tamponnement de la caisse devra être fait doucement.

Anastomose du spinal et du facial. — Quand la paralysie faciale est devenue incurable, on peut avoir recours à l'anastomose du facial avec le spinal. Voici le manuel opératoire préconisé par M. Faure : 1° incision de 12 centimètres suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien, partant, en haut, de la base de la mastoïde ; inciser les différentes couches jusqu'à sentir l'apophyse styloïde, dont le nerf contourne la base, après sa sortie du rocher, avant d'entrer dans la parotide. Au niveau de sa base, l'apophyse styloïde se retrouve située à une profondeur de 12 à 15 millimètres environ en dedans de la pointe de la mastoïde et l'on peut sentir au doigt le relief que fait le nerf qui est couché sur la face externe de l'apophyse. Chemin faisant, on réclinera en avant la parotide et on reconnaîtra le bord postérieur du digastrique qui constitue un point de repère précieux pour la recherche du spinal.

« On sectionne ensuite le nerf facial et l'on saisit son extrémité périphérique avec une pince de Kocher.

« 2° *Recherche de la branche externe du spinal.* — Il faut découvrir ce nerf lorsqu'il émerge de dessous le digastrique à 2 centimètres environ de l'insertion mastoïdienne de ce muscle ; il se dirige en bas, en dehors et légèrement en arrière vers le sterno-mastoïdien dans lequel il pénètre par sa face profonde, non loin de son bord antérieur et au niveau de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs et si l'on écarte en arrière le sterno en éversant son bord antérieur pour voir la face profonde du muscle, on tend le spinal qu'il est facile de dégager avec quelques coups de sonde cannelée.

« Du nerf spinal se détachent des rameaux pour le sterno-mastoïdien qu'il faut conserver et à côté d'eux la branche du trapèze s'enfonce dans le muscle qu'elle doit traverser ; on la coupe le plus loin possible, on la sépare des filets du sterno en dissociant le tronc du spinal et l'on a ainsi un rameau nerveux mesurant de 4 ou 5 centimètres à partir du point où il disparaît sous le digastrique.

3° *Anastomose des deux filets nerveux.* — C'est le temps le plus délicat de l'opération, facilité cependant par l'absence de traction des deux filets ; on les taillera en biseau ou même l'on fera pénétrer le spinal dans l'intérieur du facial dissocié. Suture avec aiguilles fines, catguts ou soies assortis.

« Aucune particularité pour la suture des téguments et le pansement.

« M. Delassasseigne a proposé, dans le cas où l'on aurait quelques doutes sur l état du facial. de tenter cette opération avec une légère modification : au lieu de sectionner le facial, il propose de le dissocier puis d'introduire entre ces faisceaux l'extrémité effilée de la branche trapézienne du spinal que l'on fixerait alors.

« Après cette opération, le traitement électrique devra être institué de nouveau, la régénération nerveuse se reproduira peu à peu, et plus ou moins vite, suivant l'ancienneté des lésions. »

Dr Paul HUGUENIN.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hôpital de la Charité : M. le Professeur agrégé MAYGRIER.

Le thrombus obstétrical des organes génitaux.

Le hasard, ou plutôt ces coïncidences assez singulières que nous appelons en clinique les séries, ont fait succéder dans notre service, à un court intervalle, deux exemples d'une complication peu commune de la parturition : le thrombus des organes génitaux. Bien que très rare, — il s'observe seulement une fois sur 12 ou 1500 accouchements, d'après Tarnier, — cet accident

offre néanmoins, pour le praticien, un vif intérêt, eu égard à sa gravité dans certaines circonstances et aux embarrassantes difficultés que sa thérapeutique soulève. Mais. avant d'entrer dans de plus amples détails, laissez-moi vous rapporter les faits cliniques observés ici-même.

Notre première observation concerne une primipare de 22 ans, conduite à l'hôpital de la Charité le 21 décembre dernier, à 4 heures de l'après-midi. La sage-femme qui la soignait chez elle, ayant vu que depuis deux heures elle poussait inutilement, avait mandé un médecin et notre confrère nous l'avait adressée.

Voici quelles furent les constatations faites à son entrée ; le facies est pâle, le pouls bat 140 pulsations à la minute et le thermomètre marque 38 dans le rectum. Localement on trouve, développée aux dépens de la grande et de la petite lèvre droites, masquant les organes génitaux externes et remontant dans le vagin, une tumeur violacée, légèrement fluctuante, quoique rompue. Cette tumeur, de la grosseur d'une mandarine à l'arrivée de la patiente, grossit rapidement pour atteindre, au bout de peu d'instants, le volume d'une tête de fœtus. A part cela, rien d'anormal du côté de l'accouchement : la dilatation du col est complète, la poche des eaux rompue, la tête en occipito-pubienne et la rotation effectuée.

On pose le diagnostic de thrombus vulvo-vaginal, survenu pendant la période d'expulsion, et on me téléphone ce qui se passe pour me demander la conduite à tenir. Je réponds au service de garde : terminez d'abord l'accouchement au plus vite, avec le forceps, car la tête, par sa compression, augmente le volume du thrombus. Puis, remontez l'état général de la malade au moyen de la chaleur, de l'alcool, des injections sous-cutanées d'éther et de sérum artificiel. Occupez-vous finalement de la tumeur : videz son contenu et comprimez la.

Pendant les préparatifs de l'opération, on apprend que la femme est une primipare, enceinte de 8 mois 1/2 et albuminurique (un dosage ultérieur donna 1 gramme 50 d'albumine par litre) ; elle accuse, d'ailleurs, de la céphalée, de l'œdème des membres inférieurs, troubles frisant d'assez près les phénomènes prémonitoires de l'éclampsie.

Les organes génitaux externes ayant été soigneusement aseptisés, on donne du chloroforme. L'opérateur, tout en comprimant et exprimant manuellement le thrombus, place son forceps et sans difficultés, très simplement, il extrait l'enfant. Sur mon conseil, il n'attend pas l'expulsion spontanée de l'arrière-faix : il pratique une délivrance artificielle suivie d'irrigations vaginales, de lavages, de tamponnement de la poche et du vagin à la gaze stérilisée ; bref, la région est convenablement comprimée.

La nuit suivante fut calme mais, malgré toutes ces précautions, malgré les soins consécutifs, injections de sérum, situation déclive, etc., la femme fut quelques jours malade et fébricitante. Elle est actuellement guérie.

Voilà donc un premier cas de tumeur sanguine vulvo-vaginale, produite durant la période d'expulsion. Ici, les secours médicaux ayant été rapides, la patiente n'a pas couru trop de dangers et la terminaison a été satisfaisante.

Il n'en va pas toujours ainsi, malheureusement, et il n'en a pas été de même dans le second cas dont je désire vous parler : disons-le immédiatement, celui-ci s'est terminé par la mort.

Il s'agit d'une femme secondipare, de 26 ans, entrée le 26 octobre dernier dans mon service, pendant les vacances, alors que j'étais suppléé par M. Macé. Cette parturiente avait été prise, la veille, de douleurs. A son arrivée, vers 4 heures du matin, la dilatation du col est de deux centimètres, la poche des eaux intacte, la tête engagée. La situation se présente donc comme excellente. sauf que l'accouchement a lieu prématurément à 7 mois 1/2, et que la femme est albuminurique. Le travail se continue normalement et se termine à 8 heures par l'expulsion spontanée d'un enfant vivant lequel, d'ailleurs, a vécu et est sorti bien portant de l'hôpital. La délivrance se fait sans incident. Tout s'était donc passé aussi simplement que possible lorsque, à 8 h. 45, une demi-heure après l'accouchement, l'utérus commence à se ramollir et une petite hémorrhagie se produit. La sage-femme de service fait une injection intra-utérine chaude et M. Macé, remarquant une rougeur excessive du liquide contenu dans le bassin après le lavage, prescrit une piqûre d'ergotine. Malgré cela, la situation ne s'améliore pas : au contraire, la patiente s'affaiblit. On l'examine à nouveau et on voit au niveau de la vulve une petite tumeur rouge qui se crève au contact du doigt et laisse échapper un flot de sang : c'était un thrombus dont le diagnostic n'avait pas été établi jusque-là, l'attention s'étant concentrée sur la mollesse de l'utérus et le toucher n'ayant pas été pratiqué. Or, il est une règle sur laquelle j'insiste beaucoup : toutes les fois qu'une femme perd ou offre des phénomènes généraux de collapsus, touchez toujours pour vous rendre compte s'il n'y a pas de lésion du col ou du vagin, s'il n'y a pas de thrombus. Ce dernier est une rareté, sans doute, mais il faut compter avec lui.

Revenons à notre malade. Subitement son état s'aggrave et nécessite l'emploi du tamponnement utéro-vaginal, des stimulants, de la chaleur, du sérum. Puis, à 11 heures, on retire le tampon qui exhale une odeur fétide. Le lendemain, l'utérus est contracté, le thrombus reformé avec des caillots, la température se maintient à 38°, 38° 5, 38°8, si bien que, par mesure de prudence, on s'adresse au curage digital, à l'écouvillonnage suivi d'injections intra-utérines au naphtol. En dépit de cette médication, la situation devient de en plus en plus mauvaise, la fièvre s'accuse encore et atteint 39°, le 16 au matin. M. Macé prescrit un traitement en lequel il a grande confiance, les bains froids, à 22°, à raison de 4 par jour. Le 19 octobre apparaît une douleur vive, allant de la fosse iliaque gauche à la symphyse et l'on pense à la pelvi-péritonite : la glace mise immédiatement sur le ventre ne donne aucune amélioration et l'on se demande, finalement. si le thrombus n'est pas en cause. La poche de celui-ci est vidée avec les doigts et des caillots fétides sont enlevés ; on lave, on draine, on tamponne. Le soir même la femme était morte.

A quoi a-t-elle succombé ? A l'infection partie du thrombus, thrombus diffus qui remontait très haut, jusqu'au creux ischio-rectal, comme vous pourrez vous en rendre compte sur la pièce anatomique que nous avons conservée et que j'ai fait apporter ici.

Telles sont les deux observations dont je voulais vous entretenir d'abord. Reste à nous de-

*

mander, maintenant, ce qu'est le thrombus, quels sont ses origines, ses signes, son traitement.

Le thrombus est un épanchement de sang dans le tissu cellulaire des grandes lèvres et dans le tissu sous-muqueux du vagin. Habituellement localisé aux organes génitaux externes, il peut aussi fuser dans les régions voisines, dans les fesses (il n'est pas grave, alors), dans le périnée, autour de l'anus ou en haut dans le bassin, jusqu'au diaphragme parfois. Voici une première distinction importante à établir : thrombus localisé, thrombus diffus. On a voulu circonscrire ces fusées sanguines par les aponévroses du périnée, mais cette théorie est sans valeur, car les aponévroses sont manifestement insuffisantes pour retenir le sang.

Le thrombus est donc une hémorragie dans le tissu cellulaire de la vulve et du vagin, susceptible de s'étendre par décollement. Quel est le mécanisme de sa production ? Il convient, pour apprécier la pathogénie de cet accident de distinguer le moment auquel il se développe. Si nous considérons nos deux malades, chez la première l'épanchement sanguin se fit pendant la grossesse, chez la seconde après l'accouchement.

Le thrombus de la grossesse est rare (4 % des cas seulement) et est causé par des traumatismes, des chutes, des efforts violents. On a invoqué, également, les varices, mais Budin, dans sa thèse d'agrégation, a montré que généralement la rupture des varices de la grossesse s'accompagnait d'hémorrhagie externe et non interne.

Pendant le travail, surtout pendant la période d'expulsion, le thrombus est beaucoup plus commun (39 % des cas.) En 1864, un interne de Trélat, M. Perret, a fait sur le mécanisme de cette affection d'intéressantes recherches. Une femme était morte dans le service des suites d'un thrombus. Sur le cadavre, l'auteur fit une injection dans la veine fémorale et l'iliaque primitive et, examinant à ce moment le thrombus, il vit que le liquide injecté y arrivait par une multitude de petits trous comme d'une pomme d'arrosoir : véritable pluie de sang, se faisant par une infinité de petits vaisseaux mis à nu. Quant à la cause directe de ces phénomènes morbides, elle relève de la compression de la tête, du déchirement possible du vagin lorsque celle-ci sort.

Après l'accouchement, le thrombus est plus fréquent encore (57 %). On disait autrefois : sous l'influence du travail, il se produit une escharre, un broiement de vaisseaux, d'où épanchement sanguin. En réalité, le thrombus post-partum est un thrombus du travail qui a passé inaperçu, par ce que la tête a comprimé et masqué la poche. Les deux se confondent.

Au point de vue symptomatologique, le thrombus se caractérise par la production brusque d'une tumeur vulvaire et vaginale, tumeur qui augmente très vite et présente un aspect violacé, une surface lisse et tendue. C'est, somme toute, un hématome passant par toutes les phases de cette lésion : molle d'abord, dure et remplie de caillots ensuite. En même temps, apparaissent certains phénomènes généraux, ceux des hémorrhagies en général. La femme pâlit, elle perd quelquefois en un instant 12 à 1500 grammes de sang. D'ailleurs le thrombus est grave non seulement pour ce motif, mais aussi en raison des infections qu'il peut créer,

Qu'advient-il d'une telle affection ; quelle est sa marche, son évolution ? S'il reste localisé sans se rompre, le thrombus est susceptible de se terminer par résolution, par résorption. S'il s'ouvre, il peut continuer à saigner. Durant la grossesse la compression de la tête, au-dessus de la tumeur, augmente le danger. Pendant l'accouchement, au contraire, elle agit d'une manière favorable, à la façon d'un véritable tampon.

Le diagnostic est facile. Il s'agit d'une tumeur survenant brusquement, sans fièvre : quiconque en a vu un exemple ne saurait s'y tromper. Cependant, les auteurs ont signalé plusieurs erreurs possibles, des confusions avec les abcès, la cystocèle, l'œdème du col. Je le répète, si vous êtes bien édifiés sur les symptômes généraux et locaux, vous ne vous tromperez pas.

Il y a lieu, néanmoins, de faire une réserve concernant le thrombus intra-pelvien non accompagné de tumeur vagino-vulvaire. Ces thrombus qui remontent et décollent les tissus sont graves, ils entraînent des phénomènes généraux qui égarent souvent l'attention de l'accoucheur. Pensez, en pareil cas, au thrombus et pratiquez soigneusement le toucher : vous trouverez un cul-de-sac rénitent ou bien rompu et, grâce aux commémoratifs, vous arriverez assez aisément au diagnostic. Aidez-vous, s'il existe, du signe que présentait notre seconde malade, cette femme prise au 3e jour d'une douleur extrêmement violente dans la fosse iliaque, douleur due à l'énorme épanchement dans le bassin.

Terminaison et pronostic du thrombus ? Cette affection guérit quelquefois, nous l'avons dit, par résorption. Il y a un an environ je fus réveillé une nuit par un coup de téléphone : c'était un confrère qui m'appelait auprès d'une femme ayant un énorme thrombus. La malade était pâle, anémiée ; elle venait d'accoucher et on apercevait sur la vulve une tumeur plus volumineuse que le poing. Notre confrère se demandait : faut-il inciser ? Je répondis : attendons, n'y touchons pas, tout cela peut se terminer par résolution, la tuméfaction étant déjà assez dure. Nous nous contentâmes de remonter l'état général de la patiente au moyen de la chaleur, de l'oxygène, de l'alcool, de l'éther. Six semaines plus tard, il n'y avait plus trace du thrombus.

Il existe donc des cas où la néoplasie se résorbe sans se rompre : des caillots se forment dans la poche et celle-ci régresse spontanément. Il n'en est pas toujours ainsi, malheureusement. Le thrombus peut d'abord s'enflammer, se sphacéler, se gangrener, s'ouvrir, et laisser sortir des caillots putréfiés. Il peut se rompre et donner naissance à une abondante hémorrhagie dont il est nécessaire de reconnaître la source pour y porter rapidement remède au moyen d'un tamponnement immédiat.

En résumé, le thrombus est un accident sérieux de la grossesse. Il était grave, jadis, puisqu'il causait une mortalité de 35 %. Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, il est moins dangereux et entraîne la mort par hémorrhagie ou infection, 12 fois sur 100 selon Duncan, chiffre encore considérable. Le pronostic, d'ailleurs, varie selon les cas. Il est plus sérieux durant la grossesse, vu la gêne apportée par la tumeur à l'accouchement; il est plus sérieux s'il fuse que s'il reste localisé.

Envisageons, finalement, la conduite à tenir. En face d'un thrombus vulvaire, pendant la grossesse il n'y a rien à faire d'actif : conseiller le re-

pos absolu, l'asepsie et ne pas ouvrir à moins d'une menace formelle d'ouverture spontanée, auquel cas,inciser et comprimer. Habituellement on pourra respecter la lésion jusqu'au moment de l'accouchement. Alors, si la tumeur est vulvaire, la repousser et la diminuer par compression. Si elle est vaginale, le traitement est un peu plus embarrassant : il a fait l'objet, jadis, de longues discussions, à une époque où l'incision septique était fréquemment suivie d'infection de la poche. Actuellement nous n'avons plus à tenir compte de cet argument. La règle est de respecter le thrombus s'il est petit,sans tendance à la rupture, et de terminer vite l'accouchement. Lorsque, au contraire, le thrombus est volumineux, siège dans le vagin surtout, et gêne ainsi la sortie de l'enfant, il n'y a pas lieu d'hésiter. On incisera, videra la tumeur et on pratiquera l'extraction du fœtus avec le forceps. Tout cela est affaire de gêne à l'accouchement : celui-ci est-il difficile, incisez, tamponnez ensuite. Y a-t-il menace de rupture, adoptez la même conduite. Après la délivrance, le traitement est encore semblable : ne rien faire au cas de tendance à la résorption, ouvrir et tamponner au cas de tendance à la mortification.

Reste la thérapeutique du thrombus intra-pelvien. Elle est bien plus difficile. On a conseillé le bandage serré du ventre, l'incision du cul-de-sac vaginal, les lavages de la poche, la laparotomie, opération difficile et grave en semblable circonstance. N'oubliez pas, non plus, la médication générale, toujours utile : les stimulants, les toniques. les bains froids, les injections de sérum faites sous la peau ou dans les veines.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Rapport sur l'exercice illégal au cours de l'année 1903 dans le Syndicat de la Seine.

Par M. LEVASSORT.

Messieurs,

Je voudrais être bref et, en quelques mots,vous parler de l'exercice illégal dont votre Conseil d'administration m'a confié la surveillance pendant le cours de l'année qui vient de s'écouler. C'est,en effet,presque à ce rôle de surveillant que se trouve réduite ma bonne volonté, tant la répression est chose rare en matière de délit pour exercice illégal !

Jamais, Messieurs, notre profession ne fut. autant qu'aujourd'hui, malmenée et difficile... Dans la crise actuelle, si on admet comme causes principales : d'une part, l'encombrement, la pléthore.... d'autre part, la diffusion des conseils qui tendent à améliorer l'hygiène, les mesures de prophylaxie, le bien-être, en un mot, la diminution des maladies, il faut attribuer une influence au moins égale sinon supérieure à l'exercice illégal par tous les masseurs, magnétiseurs. rebouteurs pseudo-docteurs et farceurs que nous n'avons que trop longtemps tolérés.

Le mal actuel est. en effet, dû à notre seule faute... Si nous souffrons ainsi, c'est qu'au fond de chacun de nous sommeille un brave égoïste indifférent aux maux du voisin..., du confrère voisin... De là le mouvement si lentement progressif de nos idées syndicales. Celles-ci ne prendront vraiment corps, ne seront admises par la majorité et, plus tard, l'ensemble des médecins que sous la poussée actuellement constante de toutes les charges qui nous écrasent.

Tant que nous ne sommes pas visés personnellement par un fait, nous ne nous en occupons pas..., nous suivons même parfois avec une attention bienveillante les petites misères d'à côté ; mais dès que nous sommes atteints, vite,il faut sévir.

Que de lettres suggestives je pourrais montrer si je n'étais lié par la plus absolue discrétion, et si je n'avais surtout la plus profonde commisération pour tous ces confrères ennuyés et mécontents.

Quand, dans divers journaux, j'ai lancé un appel aux confrères leur demandant de me mettre de côté des coupures d'annonces, d'articles de réclames ; quand, par l'organe de notre *Bulletin* j'ai tenté de réveiller les bonnes volontés, savez-vous combien j'ai eu de réponses ? Je l'avoue avec peine : une seule !

Et vous m'entendez dire qu'on n'est pas satisfait, que notre profession subit une crise... ; c'est que, comme je le constatais plus haut, ce qui intéresse tous les médecins n'en intéresse aucun et que, par contre, ce qui touche un seul doit être au gré de celui-là considéré comme intéressant tous ses confrères.

Pardonnez-moi cette courte morale et ces quelques réflexions, et laissez-moi maintenant vous faire la revue rapide des faits saillants de l'année.

Vers le milieu des vacances, vous avez vu annoncer dans la grande presse l'arrestation de M. De B..., simple forgeron, qui savait à peine écrire, ce qui ne l'empêchait pas, malgré une orthographe dont aurait rougi un enfant de dix ans, de rédiger des ordonnances qui n'ont jamais manqué d'être exécutées..., officier de la Légion d'honneur avec cela, du moins il en portait la rosette.... Ce pseudo-confrère a dû interrompre ses cures, et nous espérons qu'il en fera bientôt une lui-même dans un établissement dont le choix ne lui sera pas laissé.

Un autre farceur, qui était particulièrement répandu dans la banlieue est de Paris, où sa clientèle augmentait chaque jour en même temps qu'il élevait ses prix, fut cueilli un beau matin d'octobre par deux inspecteurs qui le conduisirent au Dépôt dans son propre coupé. Notre gaillard avait voiture au mois, ses honoraires varient entre 500 et 2.000 francs pour un traitement payé d'avance. Le métier a du bon, comme vous voyez, même quand on a une condamnation à six mois de prison à purger, ce qui était le cas de M. X....

Naturellement, les dupes sont venues vanter les mérites du guérisseur ; une d'entre elles cependant se plaignait qu'on ait fait mourir son mari. La justice, toujours bienveillante à cette sorte de coupables et malgré la condamnation antérieure à six mois de prison. n'a pas cru devoir conserver notre homme, qui s'est présenté à l'audience comme prévenu libre et est sorti du Palais les mains dans ses poches.

C'est que le Parquet n'a qu'une oreille distraite pour nos doléances, et les coupables qui le sa-

vent, retournent en hâte profiter de leur liberté pour faire de nouvelles dupes.

Je viens d'apprendre que le Tribunal, statuant sur cette affaire à l'audience de jeudi dernier, s'est borné à condamner le prévenu à 1,000 francs d'amende et n'a pas cru devoir donner de prison. Or, comme on ne connaît à ce gaillard aucun domicile fixe, vous voyez le résultat...

A côté de ces faits péniblement acquis, j'ai à vous entretenir de plusieurs échecs qui nous sont venus en nous portant partie civile, alors que la poursuite était faite à la requête du Parquet. Ces échecs n'ont pas été sans me causer de gros remords ni m'attirer les grands yeux de notre trésorier, dont j'entame ainsi les réserves. Comment m'y prendre cependant ? Il faut bien nous affirmer, il faut bien qu'on sache que le Syndicat ne peut se désintéresser de ces poursuites, et cela dans le but de maintenir notre prestige et pour le souci de notre dignité professionnelle.

C'est ainsi du moins que je comprends notre action, et j'espère que vous m'approuverez.

Pour être juste, il convient de rendre hommage à la bienveillance dont ont toujours fait preuve envers le Syndicat et son représentant MM. les fonctionnaires de la préfecture de police ; là, du moins, on n'est pas tendre pour l'exercice illégal ; c'est aussi qu'on est à même d'en constater plus souvent les tristes conséquences.

Je n'aurais garde d'oublier nos dévoués conseils judiciaires, Me Rocher et Me Geoffroy, ainsi que Me Gillet, notre avoué.

Laissez-moi me faire également votre interprète à tous en adressant à Mme Delepierre, l'expression de notre douloureuse sympathie pour la perte cruelle qu'elle vient de faire et que rien ne faisait prévoir.

Toujours mus par cette pensée que la plupart d'entre vous ne tarderaient pas à nous signaler les faits dont ils sont témoins chaque jour, nous avons cherché à développer notre service de recherches et d'enquêtes — il est des cas, vous le saisissez, où je ne puis faire moi-même certaines démarches. — Notre Conseil d'administration s'est rendu à mon désir et m'a autorisé à m'adjoindre un... employé qui, sur une simple indication de votre part, se met en campagne et me renseigne au plus tôt. Vous approuverez certainement cette dépense, car elle est indispensable.

Vous voilà donc, Messieurs, au début de l'année 1904, en possession d'un service qui ne demande qu'à fonctionner. Envoyez-nous des affaires.

Il ne faudrait pas cependant prendre cette invitation comme gage certain de succès... C'est tout au plus si, une fois sur dix, un dossier est en état d'affronter l'examen de notre Conseil judiciaire qui veille sur nous avec une sollicitude que j'inquiète parfois, tant je me montre enfant terrible... C'est qu'il y a une loi de 1892.. Ah ! cette loi, la connaissez-vous ? — Non, n'est-ce pas ? — C'est extraordinaire de voir que très peu de médecins connaissent la loi qui régit la médecine...

Tout dernièrement a paru une revue qui s'intitule *Revue de Déontologie* et veut être l'organe de la jeunesse médicale. Je souhaiterais que cette loi de 1892 y fût commentée, expliquée aux futurs confrères ; les vieux, dont nous sommes, en feraient leur profit.

Après tout, on ne peut trop vous en vouloir de ne pas connaître cette loi, car elle ne vaut pas cher. Elle est faite de telle sorte que tous ceux qui ne sont pas docteurs peuvent la braver et que, seuls, les médecins faisant leur devoir en subissent la rigueur, puiqu'elle ne les protège pas. Ne croyez pas que j'exagère.

Ne voyez-vous pas tous les jours un pharmacien attirer par sa réclame la foule à son officine? Le fait est avoué, connu, patent... Nous nous plaignons ; on ne nous écoute pas. En vertu de quel article de cette fameuse loi de 1892 pouvons nous poursuivre ? Il n'y en a pas...

Une sage-femme annonce en gros caractères qu'elle traite les maladies des dames..., qu'elle donne des consultations gynécologiques avec traitement, etc. Une autre fait de l'électricité médicale.., toutes choses n'ayant qu'un rapport bien problématique avec l'art des accouchements. Peut-on la poursuivre ? En vertu de quel article !

Un tableau planté sur la voie publique dans un endroit très fréquenté contient de nombreuses photographies de malades atteints de déviations, de luxations, d'entorses, etc... On y indique les heures de consultation, on ajoute qu'on traite nombre de cas désespérés. Je signale le fait à la Préfecture, on fait une enquête, on transmet le dossier au Parquet et j'apprends que l'affaire est classée... Le personnage est un gros bonnet de la Chambre syndicale des masseurs-magnétiseurs, qui a une clinique et qui fait des cours, délivre des diplômes, etc... Quelle influence le protège ? Mystère ! Cherchez donc dans la loi de 1892 le moyen de l'atteindre, je serais bien aise d'avoir le renseignement.

Les pharmaciens sont gens bien plus forts que nous et chez eux les délits ne traînent pas : un constat, on saisit la fiole et la condamnation arrive ; peu à peu ils sont arrivés à débarrasser leur profession des gens qui l'exerçaient illégalement. Malheur à l herboriste qui vend une potion ou un cachet d'antipyrine — on a vite réglé son affaire... Mais elle peut faire de l'exercice illégal de la médecine tant qu'il lui plaira.., nous ne pouvons l'en empêcher. J'ai parlé de pharmaciens.. Ils s'entendent et se défendent et nous devrions les imiter ; ils vont bientôt faire modifier leur loi et cela à notre détriment... Ils ne sont pas nombreux dans nos Assemblées législatives, mais ils savent agir ; j'entendais au dernier banquet du « Concours Médical », le sénateur Treille nous dire qu'il y avait quarante-cinq médecins dans la Chambre haute, c'est un nombre important... Il y en a beaucoup plus à la Chambre. Que font-ils ? Tout, sauf de songer que la médecine leur a fourni le moyen d'étayer leur fortune politique et que de malheureux confrères attendent de leur bonne volonté un petit effort qui aurait un grand résultat. Il faut essayer d'établir un courant d'opinion pour la réforme de la loi actuelle.

La réforme, d'ailleurs, devrait bien plus porter sur les applications de la loi que sur la loi elle-même qui suffirait, si on le voulait bien.

Il n'y a pas que notre intérêt en jeu et c'est de plus haut qu'il convient d'envisager la question. Dans des brochures, dans des affiches placées dans les édicules qui saillent sur la voie publique, M. X..., docteur spécialiste, annonce la *guérison* de la syphilis, des maladies vénériennes,

etc., en trois jours et à forfait... Vite l'avarié court à l'adresse indiquée et, plus tard, nous revoyons ce malheureux contaminant sa femme, procréant des enfants voués à toutes les misères pathologiques, sinon à la mort. Que nous dit-il quand nous lui reprochons de ne pas s'être traité? Qu'il a été chez un docteur spécialiste qui lui a affirmé qu'il était guéri. Pouvons-nous les atteindre, ces tristes agents de l'avarie sous toutes ses formes? Hélas ! non ; et cependant on peut quelque chose... Il s'est trouvé, dans la seconde ville de France, un maire énergique et qui s'est souvenu qu'il était médecin : il a pris un arrêté pour la suppression de toutes ces pancartes mensongères. Tout au moins, ces tristes sires en sont réduits à attendre le client, sans l'inciter à venir.

Est-ce que toutes ces ligues qui sont composées de personnalités considérables et considérées en haut lieu ne pourraient pas agir ? La ligue pour la prophylaxie de la syphilis n'aurait-elle pas là une occasion de se manifester ? Un bon arrêté du Préfet de police rendrait plus de services qu'un ou deux Congrès sur la mise en carte des filles publiques ou la liberté de leur triste commerce.

Dans les journaux politiques, vous voyez annoncer chaque jour la guérison de toutes les maladies ; cette manière de procéder est, sans aucun doute, une source de gros profits pour les industriels auteurs des réclames et aussi pour les feuilles publiques, car on voit périodiquement revenir le boniment pour le même produit. Le même mal est guéri radicalement par des agents différents, et cela à quelques jours d'intervalle. L'article est signé de M. le Dr X. Y. Z. Vous cherchez dans tous les annuaires ; le nom du confrère est inconnu. Il s'agit de jeter la poudre aux yeux. De même, quand il est question d'expériences faites dans nos hôpitaux, c'est tout simplement une supérieure d'hospice qui a fait usage du remède et se dit guérie... A ce compte, le concierge d'un hôpital faisant usage d'un médicament et s'en déclarant satisfait, pourrait fort bien être considéré comme ayant rendu à la science un signalé service et sa lettre de remerciements servirait de prétexte au titre : « Expériences dans nos hôpitaux ».

Plus fort encore. A la porte d'un des hôpitaux parisiens, s'étale le nom d'un soi-disant docteur, qui n'est qu'un vulgaire fumiste, sans diplôme, bien entendu.

Que peut ici encore la loi de 1892 ?

Et cependant, il ne faut pas désespérer, bien que les cas soient rares, il en est quelques-uns qui tombent sous le coup des articles de la loi sur l'exercice illégal. Comme je ne peux tout lire ni tout voir, c'est pour cela que je réclame votre collaboration.

Je passe encore sans trop y insister sur les ceintures magiques, très utiles pour vieux et jeunes messieurs fatigués. L'un de ces industriels était récemment poursuivi par le Parquet. J'ai cru devoir me porter partie civile au nom du Syndicat et j'ai été débouté avec des considérants qui encouragent toutes les audaces et qui montrent que, pour bien juger la médecine, il faudrait être médecin. Les avocats ont cela de bon dans leur Ordre tant décrié, c'est qu'ils peuvent faire chez eux la police. Chez nous, quand des confrères prêtent leurs concours à toutes ces entreprises, instituts variés, académies bizarres... et couvrent de leurs diplômes ces escroqueries gigantesques.., il est difficile de trouver dans la loi de 1892 un article à appliquer à ces faits dommageables non seulement aux médecins, ce qui serait peu, mais avant tout, et par-dessus tout, dommageables aux naïfs, aux gogos dont on vole les ressources et qu'on éloigne d'un traitement rationnel et désintéressé

Vous le voyez, mes chers confrères, ce n'est pas sans raison que je vous disais plus haut que notre profession est régie par une loi mauvaise, et que tout peut être tenté contre nous par suite de l'indifférence que montrent à notre égard les Tribunaux. Le filet protecteur peut ici, comme dans toute bonne justice, retenir le menu fretin, mais les gros poissons passent en déchirant au besoin les mailles.

Notre œuvre n'aura pas été vaine si nous arrivons à vous montrer notre faiblesse, et j'espère que, peu à peu, mieux instruits de ce qu'il faudrait faire, vous consentirez à vous unir, pour qu'à l'aide d'un vaste pétitionnement qui de Paris gagnera la province, nous amenions les Pouvoirs publics et les Tribunaux à s'occuper des intérêts du corps médical, qui sont surtout les intérêts du pays. De toutes parts, on fait appel à notre concours, il n'est que juste qu'on ne nous oublie pas toujours ; le dévouement à autrui, qui est notre habitude et notre honneur, ne doit pas nous faire négliger le souci de nos familles et l'ambition légitime d'avoir sur le tard de la vie le repos bien gagné, qui ne peut aller sans une aisance modeste que trop peu de nous peuvent acquérir aujourd'hui. (*Bulletin du Syndicat de la Seine.*)

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Le Syndicat médical de Nice et les Sociétés de secours-mutuels.

Nous lisons dans le *Bulletin des Syndicats du Rhône* :

Le Syndicat médical de Nice vient d'obtenir vis-à-vis des sociétés de secours mutuels de cette ville, des résultats analogues à ceux obtenus par le Syndicat des Médecins du Rhône.

M. le président Bermondy, auquel avaient été transmis sur sa demande les documents de notre campagne mutualiste, vient de nous aviser de ce succès ; il nous communique en même temps les diverses pièces qui ont rapport à cette affaire et que nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos confrères.

A la date du 14 novembre 1903, M. le président du Syndicat médical de Nice recevait de M. le président de la Fédération des sociétés de secours mutuels une lettre ainsi conçue :

Monsieur le Président,

Le conseil d'administration m'a autorisé à offrir au Syndicat médical de Nice le système à l'abonnement aux conditions suivantes :

3 francs par sociétaire pour les sociétés ou le sociétaire seul est soigné ; 5 francs par sociétaire pour les sociétés ou l'on soigne le sociétaire et sa famille.

Les membres du Syndicat faisaient parvenir copie de cette lettre à tous les membres du corps médical de Nice, médecins - mutualistes ou non, syndiqués ou non syndiqués, et les priaient de vouloir bien assister à une réunion générale de tous les médecins de Nice, réunion qui eut lieu le 28 novembre à la mairie, dans la salle du Conseil municipal.

Le but de cette réunion était de formuler une réponse qui devait être remise au président de la Fédération avant la fin de décembre.

Voici le texte de l'ordre du jour proposé par la commission du Syndicat médical de Nice, et adopté par la réunion, qui eut lieu sous la présidence de M. le docteur Balestre :

Vu la lettre que M. le Président du Syndicat médical de Nice a reçue le 14 novembre 1903, de M. Lairolle, président de la Fédération des sociétés de secours mutuels, et ainsi conçue :

« Monsieur le Président,

« Le Conseil d'administration m'a autorisé à offrir « au Syndicat médical de Nice le système de l'a- « bonnement aux conditions suivantes : 3 francs par « sociétaire pour les sociétés où le sociétaire seul « est soigné ; 5 francs par sociétaire pour les socié- « tés où l'on soigne le sociétaire et sa famille. »

Considérant que, pour formuler une réponse à ces propositions, il y a lieu de réunir les suffrages de tous les médecins de Nice, qu'ils soient ou non médecins de sociétés de secours mutuels ;

Considérant qu'il n'y a pas lieu de distinguer des catégories de sociétés de secours mutuels, en les rangeant, suivant la richesse de leurs membres ou leur richesse propre, en sociétés riches, moyennes, pauvres : que cette méthode, basée sur des tarifs proportionnels à l'avoir de la société, paraît sans doute rationnelle, mais qu'elle est trop élastique et soumise à des fluctuations diverses ; que la richesse d'une société est variable du jour au lendemain, sous l'influence de causes multiples ; que cette méthode mettrait dans l'obligation de vérifier chaque année les comptes de la société afin de mettre les tarifs médicaux en harmonie avec son doit et avoir ; que cette instabilité amènerait des discussions sans fin, préjudiciables à la Société et au médecin ; que les sociétés de secours mutuels auraient intérêt à paraître pauvres pour profiter d'un tarif réduit : que, sans doute, en fait, il existe des sociétés riches et des sociétés pauvres, mais qu'il serait désirable que les sociétés de secours mutuels soient composées uniquement de membres vivant du salaire journalier ou mensuel, ouvriers ou employés auxquels seuls doit s'appliquer le principe du mutualisme ;

Considérant que la base des honoraires médicaux doit être le tarif à la visite ; que ce tarif est le seul qui remplisse les desiderata et du mutualiste et du médecin ; que le tarif « honoraires fixes », le « tarif à l'abonnement » sont à rejeter ; que ces deux manières de procéder n'ont que des inconvénients pour le médecin, pour la société, pour le malade : que le médecin est exposé à avoir des visites payées à un taux dérisoire ; que la société n'a pas, de son côté, intérêt à ces modes de paiement ; si le médecin est « dérangeable » à merci, le sociétaire abuse de la visite médicale, alors il en résultera une exagération dans la note pharmaceutique ; que pour le sociétaire malade les inconvénients sont de même valeur ; que le mutualiste a tendance à croire que le médecin ne s'occupe pas de lui avec tout le dévouement désirable, tandis que le tarif à la visite le mettra sur le même pied d'égalité que ses autres clients, d'où une confiance plus grande des sociétaires vis-à-vis des médecins qu'ils savent assez rétribués pour les soigner convenablement ; qu'il n'y a pas lieu de tenir compte du reproche bien humain qu'on serait tenté de faire au médecin de multiplier à l'envi le nombre de ses visites ; que le Comité des présidents des sociétés de secours mutuels de Lyon a très bien compris les avantages réels du tarif à la visite en disant dans son rapport : « Avec les systèmes à tarif fixe, on a, d'un côté, plaintes des malades qui se disent mal soignés, et de l'autre côté, plaintes des docteurs d'être mal payés » : que certaines sociétés de secours mutuels de Nice n'ont pas attendu les revendications du corps médical pour reconnaître le bien-fondé, à tous les points de vue, de ce système de rétribution des médecins : telles les sociétés de secours mutuels « les Commis et Employés », « les anciens Sous-Officiers ». « les Sapeurs-pompiers, les Postes et Télégraphes, les « Chacals » dont l'état de prospérité est loin de laisser à désirer ;

Considérant que le minimum du prix d'une visite simple ou d'une consultation au cabinet ne peut être inférieur à 2 fr ; qu'il est juste d'appliquer ce prix, qui est celui du tarif ouvrier, aux sociétés de secours mutuels ; que si ce tarif de 2 francs paraît exorbitant pour certaines sociétés de secours mutuels trop pauvres, il est du devoir de la société de faire supporter tout ou partie du prix de la visite médicale au sociétaire ; et que si le sociétaire ne le peut pas, il peut avoir recours au médecin de l'Assistance publique, ou démissionner de la société pour faire partie d'autres sociétés plus prospères ;

Considérant que les tarifs concernant les interventions chirurgicales, les visites de nuit, les accouchements, les consultations médicales avec d'autres médecins, les certificats, les injections hypodermiques, les ventouses, les soins simultanés à divers membres malades de la même famille, etc., doivent être distraits du tarif fixe de la visite ordinaire et qu'il y aura lieu de les établir dans leurs détails, après entente entre une commission de médecins mutualistes adhérents et une délégation de la Fédération des sociétés de secours mutuels ;

Considérant que le mutualiste a le droit de choisir son médecin, que la liste des médecins mutualistes sera affichée au siège social de la Fédération et communiquée à toutes les sociétés de secours mutuels faisant partie de la Fédération ; que tout docteur en médecine régulièrement inscrit sera, sur sa demande, porté de droit sur la liste des médecins mutualistes ;

Considérant que cette nouvelle réglementation doit être appliquée dès le 1er janvier 1904 aux sociétés qui se formeront après cette époque ;

Considérant qu'une mesure de transition est nécessaire pour ne pas léser les intérêts des médecins actuellement titulaires des sociétés de secours mutuels faisant partie de la Fédération et des sociétés elles-mêmes ; qu'il est équitable d'appliquer le *statu quo* à ces médecins, s'ils le croient de leur intérêt, mais qu'il y a lieu d'accorder un délai de quatre ans pour faire rentrer les sociétés de secours mutuels dans le régime commun et qu'à partir du 1er janvier 1908, les principes suivants devront être appliqués à toutes les sociétés de secours mutuels faisant partie de la Fédération.

Les médecins exerçant à Nice, réunis en assemblée générale dans la salle du Conseil municipal, à la mairie, le 28 décembre 1903, considérant comme incompatibles avec la dignité du corps médical les propositions qui leur ont été faites par M. le président de la Fédération des sociétés de secours mutuels de Nice, ont voté, à l'unanimité des membres présents, l'ordre du jour suivant qui a été adopté par tous les médecins de la ville :

1° Ont seuls droit à l'application du tarif mutualiste les membres des sociétés de secours mutuels vivant d'un salaire journalier ou mensuel, ouvriers ou employés ;

2° Le seul mode de paiement d'honoraires consenti par les médecins aux sociétés de secours mu-

tuels faisant partie ou non de la Fédération est le tarif à la visite ;

3° Le prix de ce tarif est de 2 francs ; il est uniforme pour la visite à domicile et la consultation au cabinet du médecin ;

4° Un tarif spécial pour certaines interventions chirurgicales, accouchements, visites de nuit, certificats, consultations médicales avec les autres médecins, etc., sera élaboré par une commission de médecins mutualistes adhérents, après entente avec les représentations de la Fédération ;

5° Tout mutualiste sera libre de choisir son médecin sur la liste de médecins mutualistes adhérents aux conditions sus énoncées ;

6° Ces règlements seront appliqués à toutes les sociétés de secours mutuels, faisant partie ou non de la Fédération, à partir du 1er février 1904.

Le prix du tarif était uniforme en raison des faibles distances à parcourir.

L'ordre du jour fut adopté à l'unanimité, signé par l'universalité des membres présents et signé ultérieurement *par tous les autres médecins* qui n'avaient pu assister à la séance.

Copie en fut immédiatement transmise au président de la Fédération ainsi qu'à chacun des présidents de sociétés de secours mutuels. Le 8 janvier, les médecins étaient également invités à faire connaître s'ils désiraient être inscrits sur la liste des médecins mutualistes adhérents.

Le 12 janvier, enfin, le Syndicat transmettait à tous les présidents des sociétés de secours mutuels une communication dont voici le texte :

Monsieur le Président,

Le Syndicat médical de Nice a l'honneur de vous exposer que, dans une circulaire (décembre 1897) relative aux sociétés de secours mutuels, M. Barthou, alors ministre de l'Intérieur, avait dénoncé à tous les préfets l'invasion incessante de toutes ces sociétés par des personnes aisées, qui, malgré leur bien-être, se font inscrire et sont acceptées comme membres participants par les conseils des mutualités. Il ne peut admettre que des gens qui possèdent profitent ainsi, au détriment des travailleurs besogneux, des avantages de la mutualité auxquels ceux-ci seuls ont droit.

Les sociétés mutuelles ont été en effet créées uniquement pour les ouvriers, artisans, journaliers et, en général, pour tous les laborieux qui vivent de leur salaire.

Le ministre voit dans l'abus ci-dessus signalé deux conséquences fâcheuses : d'abord, des dépenses pharmaceutiques exagérées et même des indemnités de maladie considérables qui grèvent outre mesure les caisses des sociétés ; en second lieu, un préjudice grave causé au corps médical.

Il insiste donc à avec raison auprès de MM. les préfets pour qu'ils recommandent aux fondateurs et administrateurs des sociétés de secours mutuels de porter la plus grande circonspection dans la réception des nouveaux sociétaires participants et d'engager les anciens, dont la situation de fortune dénote l'aisance, à entrer dans la catégorie des membres honoraires.

D'autre part, le Syndicat médical de Nice croit utile de vous informer que le Congrès international de médecine professionnelle tenu à Paris en 1900, reconnaissant hautement l'utilité et les légitimes aspirations de la mutualité, mais prenant aussi en considération les justes doléances des médecins des sociétés, a formulé les résolutions suivantes, bien faites pour concilier très équitablement les intérêts communs aux sociétés et aux médecins.

Voici ces résolutions qui, du reste, ont été adoptées à l'unanimité par les membres du Congrès et que le Syndicat médical de Nice soumet à votre approbation :

1° Toute mutualité vraie a droit à un tarif médical minimum qui, dans toutes autres circonstances, serait incompatible avec notre dignité professionnelle ;

2° Les mutualités ne pourront bénéficier de ce tarif que si elles s'engagent à n'accepter, comme participants, que des personnes peu aisées ;

3° Ce tarif peut être adapté aux ressources de chaque mutualité ou aux habitudes locales ;

4° Les tarifs sont établis d'un commun accord entre les mutualités et les associations professionnelles médicales, laissant à tous la faculté de s'y soumettre ;

5° Le système par abonnement n'est pas applicable au service médical d'une société de secours mutuels, tout membre mutualiste ayant droit au libre choix de son médecin ;

6° Un médecin fera obligatoirement partie du conseil de chaque société.

Le Syndicat médical de Nice se fait un devoir d'attacher le plus grand intérêt à la cause éminemment utile de la mutualité ; mais il reste toutefois préoccupé de la situation difficile qui est faite aux médecins des sociétés locales par la présence dans celles-ci d'un certain nombre de gens aisés qui, ayant moyen de payer les visites médicales au tarif ordinaire, obtiennent ainsi, presque gratuitement, en versant une très minime cotisation, les soins médicaux, les médicaments et, en plus, les indemnités de chômage pendant la maladie et la convalescence.

Il vous est facile de constater combien ces conditions irrégulières, tout en amoindrissant la clientèle médicale, sont en même temps désastreuses pour nos finances.

Aussi, s'appuyant sur la circulaire Barthou, sur les résolutions unanimement adoptées au Congrès de 1900 et enfin sur l'esprit de justice qui tombe sous le bon sens, le Syndicat médical de Nice compte avec confiance sur votre sagesse et espère que votre conseil, pénétré des vrais intérêts de votre société, saura donner à ces principes généraux l'application la plus convenable, de laquelle dépendront le bon fonctionnement du service médical et la sauvegarde de vos ressources financières.

A cette seule condition, vous éviterez des conflits regrettables et vous établirez une entente durable entre vos membres et ceux du corps médical à qui vous confierez vos personnes et dont le concours vous sera mieux assuré encore. Vous aurez enfin la satisfaction bien enviable de voir la situation morale et matérielle de votre société devenir de jour en jour plus prospère et florissante.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'expression de mes sentiments sympathiques et distingués.

Pour le Syndicat médical de Nice.

Le président, Dr BERMONDY.

M. le docteur Bermondy nous fait connaître que le Syndicat a obtenu gain de cause sur tous les points. Il ne lui reste plus qu'à organiser les détails du service. Le Syndicat des Médecins du Rhône est heureux de féliciter nos confrères niçois d'avoir montré, une fois de plus, les résultats que peuvent obtenir une bonne entente confraternelle et une action syndicale digne, ferme et intelligente.

TH. TATY.

Le *Concours médical*, en publiant ce récit, adresse de bien cordiales félicitations à ses fidèles et courageux amis de Nice dont les noms s'inscrivent toujours en tête des œuvres de défense professionnelle et qui agissent encore mieux qu'ils ne parlent.

Notes de jurisprudence du Sou Médical

Erratum. — Page 93, 1re col. du dernier no (no 6), la 1re phrase commençant à la seconde ligne doit, pour être intelligible, être rectifiée comme suit : « Mais il est inadmissible, en présence des dispositions de cet article et de l'esprit de la loi, de dire que les soins antérieurs, nécessaires pour amener cet état, ne sont pas à la charge du chef d'entreprise, sous prétexte que la fixation de la rente viagère a été effectuée avant la guérison effective, — opération qui n'a rien d'impossible dans beaucoup de cas où, avant la guérison complète, on est fixé sur l'importance de l'incapacité. »

CHRONIQUE DU SOU MEDICAL

Encore les Assurances contre les accidents

C'est de toutes parts maintenant que la bataille est engagée. C'est de tous les côtés qu'il nous faut défendre les Droits de nos confrères *toujours* et *quand même* contestés.

« Vous n'êtes pas notre médecin et vous réclamez des honoraires pour les soins que vous avez donnés à des victimes du travail : plaidez, nous verrons.

Une puissante Cie répond à un de nos adhérents de la Charente-Inférieure :

« J'ai reçu par l'intermédiaire de notre assuré « M. L... H.. de C. votre *compte* relatif à l'accident de son ouvrier, M. Laurent L. ; soit pour « soins donnés à ce blessé, la somme de 66 francs « non compris 10 fr. pour les certificats. Je vous « retourne ce compte, parce que vous n'avez pas « appliqué le tarif de *l'assistance médicale gratuite* du département, ce que font tous vos collègues non délégués de la Cie. Vous réclamez « 2 francs par visite et 50 francs pour réduction « d'une fracture du poignet, appareil plâtré, pansement de plaie etc.

« Or..., vous n'avez droit qu'à 30 francs soit :

« Réduction de fracture du poignet.......	5 fr.
« Appareil plâtré........................	4 fr.
« Pansement compliqué.................	10 fr.
« Remplacement d'appareil...............	4 fr.
« Visite avec pansement.................	3 fr.
« 4 visites..............................	4 fr.

« Je vous serai *reconnaissant* d'accepter ce règlement... etc.

Or, dans la circonstance, c'est le patron qui a mis notre confrère en œuvre. Que faire ? Le tarif de l'assistance médicale n'étant applicable qu'au cas où le blessé *aura fait, lui-même, le choix de son médecin*, ce qui n'est pas dans la circonstance, le confrère devra réclamer au patron la somme de 66 francs, qui lui est légitimement due. Mais, notre confrère est conseiller général ; cette aventure lui fait toucher du doigt le danger du tarif chirurgical trop réduit du service de l'Assistance médicale gratuite. nous lui avons donné le conseil d'introduire la question devant l'assemblée départementale et d'y proposer, comme en Seine-et-Oise, un tarif d'assistance *chirurgicale applicable aux accidentés du travail.* C'est là le moyen d'éviter toute ambiguïté dans l'application et, avec l'esprit de chicane des Compagnies, ce sera rendre un service à tous les médecins de la région.

* * *

Un confrère m'écrit : «Un de mes clients, carrier, a été victime d'un accident du travail il y a « environ quinze jours. Son patron, qui est mon « client (triste coïncidence), lui a dit qu'il ne pourrait pas aller chez un autre médecin que celui « de l'assurance et l'a conduit lui-même chez ce « médecin. Cet ouvrier qui m'a appelé pour soigner sa femme, a regretté de n'avoir pas su qu'il « était libre d'aller chez le médecin de son choix, «(moi dans le cas particulier). Il est évident que le « cas de détournement de clientèle est flagrant. « D'autre part, je ne veux pas faire perdre sa place « à mon client, à moins qu'il ne me dise demain « qu'il pourra trouver de l'ouvrage ailleurs s'il est «mis à la porte de son chantier. Cet homme peut-« il perdre ses droits à l'indemnité en changeant « actuellement de médecin, c'est-à-dire, puis-je « le reprendre et signer son certificat de guérison ?

Ce n'est qu'au cas où votre blessé aurait son sort assuré en dehors de l'entreprise dans laquelle il a été blessé, avons-nous répondu, qu'il vous serait possible d'agir contre le patron en dommages et intérêts ; le blessé devant payer de son *gagne-pain* et votre action en justice pour réclamer vos droits, et son indépendance, au cas où, abandonnant le médecin de l'assurance, il viendrait s'adresser à vous.

Les Cies le savent bien, que nous serons toujours retenus, par la façon dont elles se conduisent, prétendant faire payer par l'ouvrier notre attitude indépendante. Ce n'est pas elles que tourmentent les scrupules qui nous paralysent.

* * *

Le médecin doit tout donner, sans compter, et les services qu'il rend, il les doit ; s'il en est ainsi il ne lui est donc dû en échange que ce qu'il convient aux intéressés de lui abandonner. Si encore les gens qui parlent ainsi étaient de bonne foi et reconnaissaient les faits évidents qui sautent aux yeux ?

Une des trop rares commissions hospitalières qui, ayant compris la nécessité de faire rémunérer le médecin d'hôpital de ses peines et soins, lorsque ce praticien a donné des soins à des victimes du travail ou à des gens aisés, et qui a inscrit dans son règlement toutes les réserves nécessaires, ne donnant quittance des sommes qui lui sont versées lors de l'hospitalisation des gens aisés ou des accidentés du travail qu'en inscrivant sur la dite quittance que *les honoraires du médecin de l'hôpital ne sont pas compris dans le prix de journée réclamé* », cette commission, dis-je, est invitée à considérer comme lettre morte toutes les délibérations qu'elle a pu prendre sur ce sujet. Le médecin se voit dans l'obligation de réclamer devant le tribunal une note d'honoraires assez élevée. — Le « Sou » soutient le procès qui devra se plaider devant le Tribunal de la Seine.

Qu'espère la Cie d'assurances ? intimider le médecin, l'effrayer par la crainte d'une instance dont l'issue est parfois incertaine, mais dont les frais, eux, sont par trop certains.

La justice inspire toujours une crainte... quelquefois justifiée, hélas !

*
* *

Un de nos confrères qui avait été dans l'obligation de faire faire deux radiographies pour pouvoir soigner une malheureuse victime du travail sortant d'un hôpital de Paris avec une déformation énorme du poignet, s'est vu refuser la somme déboursée par lui pour cette recherche indispensable au diagnostic de la blessure. Vous ne sauriez croire pour quel motif ? Je vous le donne en mille ! parce que ce médecin n'en avait pas demandé l'autorisation au juge de paix... C'est un comble. Il faudra dorénavant venir, avant tout traitement, toute intervention, devant ce juge extraordinaire, et levant deux doigts, comme à l'école : « Monsieur le juge de paix, voulez-vous permettre ? »

Il faut, pour être juste, vous dire que ce magistrat, unique en son genre, a déclaré solennellement qu'il accorderait toujours une requête de ce genre. C'est encore heureux ! Il faut avouer, qu'on en voit parfois de drôles au sécrétariat du « Sou médical ».

Dr DE GRISSAC.
Secrétaire général du Sou médical.

N. B. — Au moment où j'envoie cette copie à l'imprimeur, je reçois une longue et fort intéressante lettre d'un de nos confrères de province. Un inspecteur général de la P..., compagnie d'assurance contre les accidents, vient le voir pour obtenir une réduction sur son mémoire d'honoraires.

Ce mémoire, relatif aux soins donnés à un blessé qui avait eu, à la suite d'un coup de pied de cheval, un enfoncement du frontal, avait été, avec le concours du chirurgien d'une ville voisine, trépané et sauvé. Un mois après l'accident le confrère lui signait son certificat de guérison.

La conversation entre l'inspecteur et notre confrère fut aigre-douce. « Comment pouvez vous songer à nous réclamer des honoraires semblables (700 fr.) pour vous et votre confrère, mais vous n'y songez pas. Notre Compagnie a perdu *près d'un million* cette année !! » (Or, dans l'espèce, le blessé habitait à 7 kil. du confrère, et à près de 30 kilom. du chirurgien opérateur, et la somme réclamée était loin d'être exagérée). — Si, en payant aux médecins des honoraires réguliers et légitimes, la Compagnie avouait une perte de *un million*, quelle était avant cela *la perte du corps médical* ?

G.

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Ceci a été cueilli dans les numéros du 5 février de la *Patrie* et de la *Petite République* (touchant et miraculeux rapprochement du genre de ceux que produisent la gratuité et la philanthropie, sous le couvert de l'anonymat).

AUX MALADES
AUX INCURABLES

Un groupe de médecins de la Faculté de Paris a ouvert, il y a quelque temps, 4, rue des Petits-Champs, une clinique gratuite dans le seul but de rénover la médecine naturelle par les simples.

Ils traitent uniquement par les plantes, les céréales, l'eau, les massages et l'électricité toutes les maladies constitutionnelles ou chroniques. Les guérisons qu'ils obtiennent chaque jour sont innombrables et font sensation dans le monde médical.

Cette clinique compte des spécialistes éminents, notamment pour le traitement de la tuberculose, des maladies des enfants, de l'estomac, du sang, des voies génito-urinaires.

Nous engageons beaucoup nos lecteurs atteints de maladies même réputées incurables à s'adresser à cette clinique modèle, qui est absolument gratuite. Elle est ouverte les mardis et samedis de sept heures à neuf heures du soir, et tous les dimanches matin.

Les personnes qui ne peuvent s'y rendre n'ont qu'à écrire au Président du Comité Médical en lui fournissant par écrit sur leur mal le plus de détails possible, et une ordonnance signée par un médecin le plus apte à les guérir leur sera adressée gratuitement.

La *Petite République* et beaucoup d'autres journaux nous apprennent à la même date qu'il nous est né une *Société d'hygiène de France* qui, réunie le 29 janvier 1904 sous la présidence du Dr Meige, ancien médecin principal des Invalides et du Gros-Caillou a décidé d'organiser un concours gratuit, avec 5000 francs de prix, pour faire connaître .... les Pastilles Valda, panacée modeste, quoique miraculeuse, des maladies de poitrine.

Cette bonne *Société d'Hygiène de France* fait aussi savoir aux banlieusards, par le *Réveil de Seine-et-Oise*, qu'elle donne des consultations gratuites à jet continu ou par correspondance adressée : Bd des Italiens, 27, Paris.

L'Aurore, journal du Dr Clémenceau, informe à la même époque les gens durs d'oreille qu'il a trouvé encore mieux que le célèbre Institut Drouet. Notre confrère dirige nos clients au no 10 de la rue de la Pépinière.

SURDITÉ BRUITS ET *écoulements* D'OREILLES

Demandez aujourd'hui à M. l'administrateur de l'Institut de la Surdité, 19, Rue de la Pépinière, à Paris, le journal *La Médecine des Sens*, qui est adressé **GRATUITEMENT** à toutes les personnes qui en font la demande et qui indique la meilleure méthode pour **guérir radicalement** la surdité, les bourdonnements et les écoulements d'oreilles. — Consultations tous les jours.

REPORTAGE MÉDICAL

Les tueries et abattoirs sont-ils assujettis à la loi accidents ? — La 7e chambre de la Cour d'appel, présidée par M. Boutet, vient de se prononcer sur la question de savoir si les abattoirs de la Villette sont assujettis à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

La quatrième chambre du tribunal s'était prononcée dans le sens de l'affirmative.

A ce sujet, on se rappelle peut-être que, sur l'invitation de Me Marreaux Delavigne, qui représentait à la barre le syndicat de la boucherie en gros, le tribunal décida de se rendre aux abattoirs de la Villette, où il fut procédé en son honneur à l'abattage d'un bœuf.

Le résultat — inattendu — de cette visite fut que le tribunal jugea la loi de 1898 applicable aux bouchers en gros de la Villette :

— Attendu, disait le jugement, que, soit que l'on considère les abattoirs de la Villette comme un vaste chantier avec les risques résultant d'une agglomération ouvrière travaillant pour le compte d'un grand nombre d'entrepreneurs, soit que l'on considère les opérations fréquentes, multiples et dangereuses qui accompagnent et suivent l'abattage comme assimilables aux risques d'une manufacture...

Le patron boucher, qui avait été condamné à payer à son ouvrier la rente à laquelle il avait droit, fit appel, et la 7e chambre de la Cour, infirmant la décision des premiers juges, vient de le décharger de sa condamnation :

... Attendu que les opérations auxquelles on se livre dans un abattoir n'entraînent aucune transformation industrielle,

Qu'un abattoir ne peut être considéré comme une usine, une manufacture ou un chantier,

Que le fait que plusieurs abattoirs se trouveraient juxtaposés,

Que leurs cours, qui seraient voisines, ne seraient pas closes, et que les employés des divers patrons pourraient s'y trouver par suite en contact, ne sauraient suffire à modifier le caractère de l'entreprise,

C'est la première décision que rend dans ce sens la Cour d'appel de Paris.

Le rapport Chovet et l'assistance publique de Paris. — M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique de Paris, vient de répondre par un acte aux indications du rapport de la commission du Sénat touchant les frais d'hospitalisation dans les accidents de travail.

Pour ces blessés la journée était fixée au prix de 2 fr. 50. La commission sénatoriale demandait avec une belle inconscience qu'elle fût ramenée à 2 fr. Encore un peu plus d'empiétement des assureurs sur le domaine du pauvre. — Eh bien ! M. Mesurenr vient de la porter à 5 fr.

Bravo, M. le directeur. — A force de tirer sur cette corde, les Compagnies viennent encore de la faire casser. Elles auront pour les autres ficelles le même résultat... quand les médecins le voudront.

Le mobilier scolaire à Paris.—Dans le *Bulletin d'Oculistique*, le Dr Rolland, de Toulouse, prouve que les tables des Écoles et des Lycées de Paris provoquent l'*attitude vicieuse* des élèves qu'elles devraient prévenir et indique le moyen de rendre hygiéniques ces *moules à myopes et à bossus* (63 °/o).

Le « Sou médical » en Belgique. — M. le Dr Dejace, rédacteur en chef du *Scalpel*, propose dans le dernier numéro de son intéressant journal la création, par la Fédération médicale belge, d'une œuvre similaire du « Sou médical », dont il loue hautement les importants services.

Certes, nous pouvons bien nous féliciter de l'accueil fait par nos confrères français à la création du « Sou médical » : cependant nous sommes portés à croire que sa réputation, à l'exemple de celle des vins de France, gagnera encore beaucoup du fait qu'elle aura passé la frontière. Aussi sommes-nous reconnaissants à nos voisins d'imiter notre exemple ; ils peuvent compter sur notre ardent concours s'ils en ont besoin dans leur réorganisation. L'un de nos vice-présidents habite Roubaix et préside la Fédération médicale des Syndicats du Nord : M. le Dr Butruille, pour ces raisons, se fera, sans nul doute, très volontiers, le collaborateur de nos amis de Belgique.

Un monument à Théophile Roussel. — On nous prie d'insérer la note suivante. Nous le faisons avec plaisir.

La mort de Théophile Roussel a plongé dans le deuil le monde de l'assistance, dont il était le chef vénéré.

Un certain nombre de ses disciples et de ses amis ont formé le projet de lui élever un monument à Paris.

Ils ont pensé que tous ceux qui ont participé à l'admirable mouvement de solidarité sociale dont a été témoin la fin du XIXe siècle, auront à cœur de s'associer à l'œuvre qu'ils ont entreprise.

Quels incomparables services Théophile Roussel n'a-t-il pas rendu à la patrie, à l'humanité même, par ces lois dont il eut la glorieuse initiative et qui ont sauvé tant de jeunes existences, tant de jeunes âmes !

Faut-il rappeler que, si les lois sur la protection des enfants du premier âge et des enfants moralement abandonnés restent l'honneur suprême de ce législateur, l'hygiène des travailleurs, la lutte contre l'alcoolisme, l'éducation des jeunes détenus, le patronage des libérés, l'assistance médicale dans les campagnes et bien d'autres problèmes philanthropiques n'ont cessé de passionner sa grande âme.

Il est bien peu d'organisations charitables auxquelles Théophile Roussel n'ait activement collaboré ; il en est bien peu, surtout, auxquelles ses conceptions, généreuses et pratiques à la fois, n'aient servi de guide.

Son nom, son esprit, sa tradition, doivent rester dans nos cœurs, car ils marquent une époque dans l'évolution de la société.

En élevant sa statue au sein de la capitale, ce n'est pas seulement un acte de pieuse reconnaissance que nous accomplirons : nous affirmerons aussi, par ce solennel hommage, notre volonté de poursuivre, dans l'effort collectif de l'assistance publique et de la bienfaisance privée, notre marche vers un idéal de justice et de bonté.

C'est à cette œuvre que nous avons l'honneur de vous convier. *Le Comité.*

Les souscriptions devront être adressées à M. le Dr Bourrillon, ancien député à Saint-Maurice (Seine).

Le Comité de patronage a pour *président d'honneur*, M. Casimir-Périer ; pour *président*, M. Fallière, président du Sénat ; pour *vice-président* : MM. Bérenger, sénateur ; Cheysson, comte d'Haussonville, Lancereaux, Monestier, sénateur, ancien ministre ; Henri Monod et Georges Picot, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques.

Vœux du Congrès national de l'alcoolisme à l'adresse des médecins. — Le Congrès fait appel aux médecins comme à l'une des principales forces dans la lutte contre l'alcoolisme, et il émet le vœu que le corps médical constitue des sociétés de médecins et d'étudiants pour l'étude des effets physiologiques de l'alcool et la prophylaxie de l'alcoolisme.

Le Congrès émet le vœu que les médecins inspecteurs et inspectrices des nourrices et des nourrissons se fassent un devoir impérieux de *retirer* le livret de garde ou de nourrice à toute femme qui serait intempérante ou qui introduirait dans l'alimentation des enfants qui lui sont confiés, soit du vin, soit toute mixture alcoolique.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Docteurs Sassi, de Sospel (Alpes-Maritimes) ; Chappot de la Chanonie, d'Angers (Maine-et-Loire) et Nougarède, de Béziers (Hérault), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 8 20 FEVRIER 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Encore des associations médicales

Oui, oui, chers confrères, associons-nous encore, associons-nous toujours.

Un nouveau venu dans la presse médicale, *Le Conseiller du Praticien*, nous crie dès sa naissance : « Faisons la caisse de secours immédiat. » Sans perdre une minute nous lui envoyons notre approbation de principe.

De toutes parts, les praticiens, de plus en plus inquiets, se mettent en quête de retraites pour le pain des vieux jours. Il y a quelques années, moins renseignés qu'aujourd'hui, nous disions : « Oui, c'est une bonne chose, mais ne nous grevons pas trop de cotisations, cherchons les caisses ayant déjà de grosses réserves et les nôtres suffisent aux besoins. »

A cette heure, devant le flot montant de l'encombrement médical et du parasitisme des collectivités, courant terrible qu'une génération devra remonter au prix de mille efforts, et où se noyeront bien des isolés ou des mal armés, nulle hésitation n'est permise : il faut être de toutes les œuvres de prévoyance, d'assistance, de protection professionnelle, de toutes, sans exception. Cotisons ici, participons là, partout sentons-nous les coudes. C'est la gêne et l'isolement qui font le plus de mal à notre prestige, qui donnent les suggestions malsaines : créons-nous la sécurité par tous les groupements fraternels, où la dignité et la conscience sont à l'abri des louches compromissions de l'égoïsme militant et pratiquant et où l'on maudit cette basse formule qui a trop régné en maîtresse quand on nous imposait le dogme social de la *lutte pour l'existence*.

C'est dans cet état d'esprit, résultant de l'évidence des observations, du spectacle de tant de naufrages constatés autour de nous, que nous prêtons l'oreille à l'appel d'une voix qui nous est particulièrement chère, celle des camarades d'école, des amis d'une jeunesse pleine de bons souvenirs. Et nous avons hâte de nous en faire l'écho. Puisse cet appel être entendu par les nombreux membres du « Concours médical » chez lesquels il doit éveiller l'impression qui est la nôtre !

MM. Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de Lyon, et Granjux, rédacteur en chef du *Caducée*, viennent de réunir autour d'eux quelques centaines d'anciens médecins de l'armée et de la marine, appartenant à tous les échelons de la hiérarchie, et ils en ont fait la Société mutuelle de bienfaisance que nous présentons à nos anciens camarades, lecteurs habituels du *Concours médical*, aujourd'hui dispersés aux quatre coins du pays.

SOCIÉTÉ FRATERNELLE DU CADUCÉE

(Association amicale des anciens médecins et pharmaciens des armées de terre et de mer)

STATUTS

TITRE Ier

Dénomination. — Siège. — Objet. — Moyens d'action.

ARTICLE PREMIER. — Il est établi, entre anciens médecins et pharmaciens des armées de terre et

de mer et des colonies, une Société dénommée : *Société fraternelle du Caducée.*

Art. 2. — Son siège est fixé à Paris, 5 *bis*, rue Saint-Paul.

Art. 3. — Sa durée est illimitée.

Art. 4. — Son but est :

1° De perpétuer et de resserrer les liens qui se sont formés entre les anciens médecins et pharmaciens de la guerre et de la marine et des colonies pendant leur stage à l'Ecole et pendant leur séjour dans l'armée active, afin d'établir entre eux une solidarité réelle, une sorte de fraternité comme celle qui doit exister entre les membres d'une même famille.

2° De leur faciliter les moyens de se soutenir moralement et de s'aider effectivement.

3° De créer une *Société de bienfaisance professionnelle* venant en aide aux veuves et orphelins d'anciens camarades dans le besoin.

Art. 5. — En vertu de ces principes :

1° Les secrétaires généraux constituent des *centres d'information* pour donner aux sociétaires tous renseignements dont ils pourraient avoir besoin.

2° Il est établi, pour permettre aux anciens camarades de se retrouver, un *Annuaire* comprenant :

a) Une liste générale des membres de la Société, portant en regard du nom de chacun la date de sa promotion, le lieu qu'il habite et les différentes villes où il exerce. Sur cette liste, il ne sera fait mention d'aucun titre, grade, distinction autre que la Légion d'honneur (✻).

b) Une liste de ceux qui se seront spécialisés dans une branche de la science médicale et chirurgicale.

c) Les noms de ceux qui exercent dans les stations climatériques, maritimes et thermales.

d) Les noms de ceux qui dirigent des maisons de santé, des instituts hydro ou électrothérapiques, des laboratoires médicaux.

e) Les noms de ceux qui dirigent ou possèdent des journaux professionnels.

Art. 6. — L'*Annuaire* paraîtra au mois de janvier de chaque année (1).

TITRE II

Bureau. — Assemblée générale. — Banquet.

Art. 7. — Un bureau de six membres administre la Société : un Président, un Vice-Président, deux Secrétaires généraux dont un résidant à Paris, un Trésorier, un Trésorier-adjoint résidant à Paris.

Le Bureau est nommé par l'Assemblée générale ; il est renouvelable tous les cinq ans.

Les membres sont nommés par liste au scrutin secret et à la majorité absolue des votants. En cas d'égalité de suffrages, le plus ancien a la priorité.

Tous sont rééligibles, *sauf le Président.*

Les anciens présidents sont rééligibles lorsqu'une période d'exercice s'est écoulée après leur présidence.

Art. 8. — Le Bureau se réunira chaque fois que l'un de ses membres le jugera nécessaire. Les motions diverses se feront et se discuteront par lettres si l'éloignement empêche les membres de se réunir.

Art. 9. — La Société tiendra tous les ans, à Paris, le premier ou le deuxième samedi du mois d'octobre, une Assemblée générale.

L'Assemblée procédera, s'il y a lieu, à l'élection du Bureau.

Son ordre du jour sera réglé par le Bureau.

Tout membre de la Société désirant faire une proposition à l'Assemblée devra faire connaître son intention au Président un mois à l'avance.

Art. 9 *bis*. — En dehors de l'Assemblée générale permanente, des Réunions régionales pourront être instituées à l'occasion d'un Congrès ou de toute autre réunion médicale (1).

Art. 10. — Les membres qui ne pourront pas assister à l'Assemblée devront envoyer leur vote sous pli cacheté au Président ou au Secrétaire avant l'ouverture de la séance. Ce pli sera renfermé dans une double enveloppe portant, la première l'adresse du Président ou du Secrétaire, et la seconde la mention *Bulletin de Vote* avec le nom du votant.

Art. 11. — Un Banquet suivra l'Assemblée générale.

Art. 11 *bis*. — Les discussions politiques et religieuses, les jeux d'argent et de hasard sont formellement interdits.

TITRE III

Attributions des Secrétaires généraux et du Trésorier. — Ressources de la Société. — Emploi des fonds.

Art. 12. — Le Secrétaire général résidant à Paris tient les procès-verbaux des séances de l'Assemblée générale et dirige les publications de la Société. Le Secrétaire général résidant en province envoie les convocations et a le dépôt des Archives.

Art. 13. — Le Trésorier reçoit les cotisations et règle les comptes de publicité. Il donne quittance des versements et effectue les placemeuts.

Art. 14. — Les charges de la Société sont : les secours aux veuves et orphelins, les frais d'administration, d'annuaire, d'abonnement à des journaux ou publications reconnus nécessaires par le Bureau.

TITRE IV

Dispositions générales. — Admissions. — Cotisations. — Membres perpétuels. — Membres fondateurs. — Conseil de famille.

Art. 15. — Tous les anciens médecins ou pharmaciens des armées de terre, de mer et des colonies peuvent, sur la présentation de deux parrains, faire partie de la Société.

La cotisation annuelle est fixée à 5 francs.

Art. 16. — Le titre de membre perpétuel est réservé aux Sociétaires qui paient en une seule fois une cotisation minima de 150 francs.

Art. 17. — Tous les membres qui, antérieurement à la date du 15 octobre 1900, date de la réunion constitutive de la Société, ont, par leurs démarches, leurs adhésions, leurs conseils oraux ou écrits, contribué à l'établissement de la Société, reçoivent le titre de *membre fondateur.*

Art. 18. — Un *conseil de famille*, comprenant tous à la fois des marins, des coloniaux et des terriens est appelé à juger les difficultés qui pourraient se produire. Il se compose de six membres pris en dehors du Bureau de la Société.

TITRE V

Modification des Statuts. — Dissolution de la Société.

Art. 19. — Les statuts ne peuvent être modifiés que sur la proposition du tiers des membres de la Société, soumise au Bureau un mois avant l'Assemblée générale.

L'Assemblée générale ne peut modifier les statuts qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

Art. 20. — L'Assemblée générale peut être appelée, sur la proposition de la moitié plus un des membres de la Société, à statuer sur la dissolution de la Société.

Art. 21. — *a)* En cas de modification des statuts la Société se pourvoiera de l'autorisation de l'Administration (Code pénal, art. 291.)

b) En cas de dissolution, l'actif de la Société est attribué à une société militaire ayant un but de bienfaisance.

(1) Par exception, l'*Annuaire* ne paraîtra pas en 1904. Il sera remplacé par une simple liste des membres (décision de l'Assemblée générale du 10 octobre 1903).

(1) Une réunion régionale aura lieu à Nice, le avril, à l'occasion du Congrès d'hygiène urbaine et de climatothérapie.

Nous nous sommes longuement entretenu avec les fondateurs de la nouvelle Société, de l'avenir qu'on est en droit de rêver pour elle. De tous ces *évadés de la médecine galonnée*, comme dit M. le Dr Granjux, un très grand nombre a fait beaucoup de chemin sans perdre sa tendresse pour les amis du temps passé. On les trouve partout, au sommet de la plupart des administrations et des corps constitués ou élus, toujours d'accès facile, toujours altruistes, ayant conservé, de l'esprit de corps raisonné, ce qu'il en faut pour être des pratiquants de la bonne solidarité. Leur adhésion a été enthousiaste.

La *Société fraternelle du Caducée* groupe donc des éléments de force très variés et très grands : les moyens d'action très divers qu'elle pourra utiliser l'autorisent à embrasser un vaste programme où il sera tenu, en matière de services rendus, plus qu'on ne peut le promettre dans des statuts qui resteraient incomplets même après une longue énumération.

C'est moins à la caisse, établie sur des bases très modestes afin d'être accessible à tous, qu'au bénéfice des relations, que seront demandés les avantages à fournir aux adhérents. C'est le droit à l'appui des camarades favorisés du sort que donnera la cotisation : et si, comme tout le fait espérer, la Société, gérée dans le même esprit que le « Sou médical » s'impose la consigne sévère de *faire toujours tout le possible*, il n'est pas douteux que, pour les adhérents et surtout pour leurs familles, il y ait tout à attendre d'elle.

Pour nous, c'est avec notre ardeur habituelle dans le prosélytisme que nous adhérons à la *Société du Caducée*, au cri de « Qui m'aime me suive » et mettant les bureaux du *Concours médical* à la disposition de tous nos anciens camarades pour l'envoi de leurs adhésions et souscriptions, et pour tout le rôle d'intermédiaire dévoué que nous remplirons ponctuellement.

Nous serons, mon cher Granjux, des fidèles de la réunion du café Voltaire.

Dr H. Jeanne,
Ancien bigalonné de la médecine navale.

Au moment où ces lignes venaient d'être composées nous recevons la lettre suivante, à laquelle nous nous empressons de faire place :

Paris, le 15 février 1904.

« Mon cher confrère,

« A votre assemblée générale vous avez bien voulu parler de notre « Association fraternelle du Caducée » et demander mandat d'entrer en relation avec nous. Je vous prie d'agréer tous nos remerciements pour votre pensée éminemment confraternelle et je vous adresse par ce même courrier : notre programme si bien exposé par notre président le professeur Lacassagne, nos statuts et la liste de nos adhérents — qui depuis qu'elle a été imprimée s'est accrue d'une dizaine de membres (1).

« Ces documents vous permettront de vous faire une idée exacte de notre Association, qui est du reste facile à définir.

Ce n'est pas une Société de secours mutuels, ni une caisse de retraites, ni une indemnité-maladie. C'est une *Société d'assistance*, dont l'activité ne se borne pas à ses adhérents, elle s'étend au contraire à toutes les personnalités ayant appartenu à la médecine ou à la pharmacie militaires.

« L'assistance ne s'arrête pas aux camarades ; elle se reporte sur les veuves et les orphelins. Elle se fait beaucoup moins par don ou secours en argent, que par aide pour trouver une situation, qu'il s'agisse du père, de la mère, ou des enfants. Notre but c'est l'assistance par le travail. Nos moyens : nos secrétaires généraux, qui sont des agences de renseignements ; nos membres qui mettent à la disposition de l'œuvre leurs relations; notre président, qui nous est tout dévoué et dont l'activité galvanise tous les rouages.

« Notre association est jeune; mais elle a traversé facilement les années les plus difficiles. Elle marche bien. On peut lui prédire une bonne carrière.

« Nous recommandons à nos jeunes camarades de s'assurer contre la vieillesse et la maladie et pour cela de s'adresser de préférence aux caisses médicales.

« Nous ne faisons donc concurrence à aucune des sociétés professionnelles existantes. Nous les complétons simplement en ce qui concerne le groupe d'origine militaire ; notre fusion avec la pharmacie est peut être la vérité de demain.

» Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus cordiaux.

Dr Grandjux.

(1) N. D. L. R. Nous n'avons place aujourd'hui que pour les statuts : nous en retrouverons pour la liste et le programme.

LA SEMAINE MÉDICALE

La méthode sclérogène et les injections intra-articulaires dans la tuberculose du genou.

M. le Dr Ch. Perier a fait récemment à l'Académie un rapport sur un mémoire fort intéressant concernant la tuberculose du genou que M. le Dr Villemin avait présenté.

Trois enfants ont été soumis par M. Villemin au traitement de la tuberculose du genou par la méthode sclérogène et les injections intra-articulaires iodoformées. Les résultats ont été remarquables ; en six ou huit mois, les enfants ont été guéris complètement, au moins les deux premiers, et le 3e a été amélioré dans de telles conditions qu'on espère voir bientôt la guérison définitive par de nouvelles injections.

La technique de ce traitement (injections cavitaires et injections interstitielles) ne doit pas être considérée comme banale, car le chlorure de zinc, qui en est l'élément fondamental et qui est si efficace contre la fongosité, pourrait occasionner une perturbation violente, s'il était injecté dans la cavité synoviale, et des escarres plus ou moins étendues, s'il était trop voisin de la peau.

La prudence du praticien doit donc être en éveil; aussi nous garderons-nous bien de changer un mot à la description si précise que M. Villemin nous a donnée de la marche à suivre.

« En premier lieu il faut évacuer aussi complètement que possible l'épanchement intra-articulaire par une ponction faite à l'aide d'un trocart de moyen calibre à l'un des culs-de-sacs supérieurs de la synoviale.

« Immédiatement, une vingtaine de grammes de solution d'iodoforme dans l'huile (iodoforme 10, éther 40, huile d'amandes douces 80, créosote 2) est injectée et abandonnée dans l'article soumis ensuite à la compression et à l'immobilisation. Quelques jours après, deux semaines environ, lorsque le véhicule médicamenteux introduit dans la jointure a presque totalement disparu, il y a lieu d'avoir recours à la méthode sclérogène. L'injection iodoformée a agi sur la sécrétion pathologique de la synoviale, modifié son revêtement séreux ; le chlorure de zinc va transformer les fongosités, scléroser le tissu tuberculeux, étouffer les colonies bacillaires dans une masse inodulaire, rétractile de tissu fibreux.

« La solution de chlorure de zinc doit agir sur la zone la plus voisine des fongosités, sur les parties qui contiennent les vaisseaux alimentant les tissus tuberculeux. Grâce à ses propriétés diffusibles, les effets se font sentir bien au-delà du lieu de son application. La solution au dixième est préférable à toute autre. Une seringue de Pravaz stérilisable, armée d'une longue aiguille, dépose trois ou quatre gouttes de son contenu en plusieurs points de la synoviale, dont le relief très accusé par l'infiltration pathologique est perçu par la pulpe des doigts de la main gauche de la façon la plus nette. L'opération est répétée en faisant plusieurs piqûres équidistantes. En une séance, 40, 50, jusqu'à 80 gouttes, suivant l'âge des sujets, sont poussées profondément dans les tissus, sous la synoviale, au contact de l'os, contre lequel s'arrête à chaque reprise la pointe de l'aiguille. Celle-ci est enfoncée au-dessus du cul-de sac supérieur, de manière à atteindre le fémur au niveau de la réflexion de la synoviale fongueuse. L'opérateur doit chercher à injecter le caustique sous le périoste. Six à huit piqûres profondes sont faites sur la demi-circonférence du cul-de-sac supérieur. Les parties de la synoviale au-dessous de la rotule, de chaque côté du ligament rotulien, sont attaquées à leur tour ; en dedans du ligament, l'aiguille est dirigée parallèlement à lui, enfoncée à un centimètre en dedans du bord interne de l'os, sous l'aponévrose, pour éviter l'escarre ; une injection semblable est pratiquée parallèlement au bord supérieur de l'épiphyse du tibia, au niveau de la réflexion de la synoviale sur ce bord. La même façon de procéder s'applique au côté externe de la synoviale sous-rotulienne ; d'ailleurs, les régions inférieures de la séreuse et surtout les parties les plus reculées des régions externe et interne sont d'habitude les moins atteintes.

« En principe, il faut faire pénétrer le liquide dans les régions d'où les synoviales tirent leurs vaisseaux, c'est-à-dire avant tout sur les os, au niveau des culs-de-sac synoviaux, puis dans les fongosités, le long des ligaments. A tout prix, il faut se garder d'introduire le chlorure de zinc dans la cavité de la synoviale où il provoquerait une violente réaction et où il ne remplirait pas son but. On doit, aussi, se tenir toujours dans les parties profondes, juxtaosseuses, sous aponévrotiques, ce qui évitera les escarres de la peau.

« Une légère compression ouatée est exercée sur la jointure. Après deux ou trois jours de réaction locale sans danger, de gonflement modéré, le processus sclérogène commence à se manifester par la diminution lente et progressive des tissus malades qui acquièrent une dureté ligneuse, une densité caractéristique.

« C'est alors qu'est appliqué un appareil plâtré immobilisateur, destiné à rester en place jusqu'à guérison presque complète.

« Parallèlement, interviennent les adjuvants ordinaires de tout traitement d'arthrite fongueuse, massages et électrisation des masses musculaires, aération continue, suralimentation, toniques sous toutes les formes, climat marin, etc. En trois à cinq mois la guérison est obtenue, sans complications, sans suppuration, avec intégrité complète des mouvements de la jointure, mouvements qui reviennent peu à peu par le simple jeu d'une articulation rendue libre, mais qu'on fait travailler très lentement, très progressivement, sans gymnastique spéciale, sans mobilisation forcée, avec la plus grande modération dans le retour à la marche et à l'utilisation intégrale du membre primitivement atteint. »

L'ulcère simple de l'intestin.

D'après M. le Dr Bourlier, d'Amiens, l'ulcère simple de l'intestin est, comme l'ulcère de l'estomac, une perte quelconque de substance sur un point du tractus intestinal, et ne dépendant pas d'une cause physique (traumatisme), chimique (brûlure) ou spécifique (tuberculose, fièvre typhoïde, etc.).

Au point de vue anatomo-pathologique, l'ulcère simple de l'intestin se présente sous forme d'exulcération, d'ulcère aigu, d'ulcère chronique, d'ulcère cicatrisé ou perforé.

La cause de l'ulcère simple, c'est la toxi-infection chronique.

Les principaux symptômes sont : la douleur, l'hémorrhagie, le mélœna, les troubles fonctionnels. Ils varient d'ailleurs dans leurs caractères suivant le siège de la lésion.

L'ulcère peut se cicatriser soit spontanément (rare) soit artificiellement lorsqu'il n'est plus soumis à l'infection ambiante. Les principales complications sont : l'anémie aiguë, la perforation (abcès péritonéal enkysté, péritonite généralisée), l'occlusion intestinale progressive.

Le pronostic est donc grave.

Le diagnostic, relativement facile dans le cas d'ulcères du duodénum ou du rectum, est entouré des plus grandes difficultés lorsqu'il s'agit du jéjuno-iléon et du côlon : la localisation douloureuse est alors le meilleur et quelquefois le seul signe différentiel. La laparotomie exploratrice lèvera bien souvent tous les doutes.

Devant l'insuffisance très fréquente du traitement médical, il faut avoir recours à l'intervention chirurgicale. Suivant le cas, celle-ci comprendra : l'excision de l'ulcère, la résection de l'anse malade, l'entéro-anastomose ou l'exclusion (bouton de Murphy).

La mobilisation des fractures

M. le Dr Galand-Fiévet, de Beuvry (Pas-de-Calais) nous prie de rappeler que l'année dernière, il a eu l'occasion de communiquer au *Concours* les observations de deux blessés atteints de fractures du col chirurgical du fémur et âgés l'un de 53 ans, l'autre de 68 ans, qui furent guéris sans claudication par la mobilisation et le massage, après une immobilisation de 15 à

35 jours. Ces faits viennent à l'appui de l'étude de M. le professeur Cornil et de la pratique journalières de M. le Dr Just Championnière. Du reste les faits semblables abondent aujourd'hui et chaque praticien n'en est plus à compter les succès remarquables que lui a donnés le massage dans les fractures sans déplacement trop considérable.

La physicothérapie dans le cancer.

M. le Dr Rivière a fait à l'Académie de Médecine une communication très intéressante sur l'action des agents physiques contre le cancer. « Cette méthode, dit M. Rivière, est très utile, pour obtenir la diminution des tumeurs, la sédation de l'élément douloureux, la disparition des engorgements ganglionnaires :

C'est la seule méthode à employer contre certains néoplasmes inopérables, ou voués à une reproduction rapide ; dans les formes végétantes, ulcéreuses et térébrantes. de l'épithélioma ; dans les sarcomes et carcinomes récidivants et repullulants, à la suite des interventions opératoires.

On peut employer de préférence la radiothérapie, les effluves statiques et les effluves de haute fréquence, sans négliger les moyens physicothérapiques généraux (bains statiques, darsonvalisation, etc.), ainsi que le calomel, l'eau et la quinine à l'intérieur, afin de pousser aux éliminations et à la neutralisation des éléments néoplasiques, mobilisés par le traitement local et faisant retour au torrent circulatoire.

Les effets les plus saillants du traitement physicothérapique sont : la disparition des œdèmes, engorgements et indurations, la cessation des douleurs lancinantes et autres, la cicatrisation rapide et complète de l'ulcus rodens, l'affaissement et le ratatinement des saillies végétantes ; enfin, la disparition complète de la cachexie et de l'amaigrissement et le retour de l'intégrité dans l'état général.

Bien que les succès soient fréquents pour la cure des récidives opératoires, il est préférable de traiter ainsi les néoplasmes à leur début. La radiothérapie devra toujours déborder la lésion, puisque l'histologie nous prouve que le néoplasme s'étend toujours plus loin que la lésion apparente.

En dépit des améliorations notoires et rapides (sédation des douleurs, régression des foyers, arrêt des proliférations adénopathiques), il faut apporter une persévérance indispensable dans le traitement par les agents physiques, surtout pour la continuation des méthodes générales, destinées à l'amendement diathésique. En résumé, on peut affirmer que le traitement des nosorganies malignes est entré dans une nouvelle phase, grâce aux applications des modernes méthodes physicothérapiques. La facilité, la simplicité, l'indolence et la promptitude de nos traitements, la régularité esthétique des résultats obtenus, le retour intégral des fonctions compromises, tout donne à la physicothérapie une valeur curative incontestable, tant au point de vue du nombre des guérisons que de la solidité des améliorations, dans des cas (primitifs ou récidivants) qui semblaient bien au-dessus des ressources de l'art.

Digitalisme.

M. le Dr Dumas, de Lédignan, a publié dans le *Montpellier médical* une étude sur les accidents chroniques et même mortels produits par l'abus de la digitale, à l'ensemble de ces phénomènes, M. Dumas donne le nom de digitalisme.

Digitalisme n'est pas intolérance, comme quelques auteurs semblent le croire, c'en est même tout le contraire; c'est quand la digitale est bien tolérée, améliore l'état du malade, que celui-ci risque le plus de s'intoxiquer, surtout, ce qui est fréquent, si le rein fonctionne mal.

Les premières doses raniment vite et bien l'appareil cardio-vasculaire, le tonifient en apparence, d'où le nom de quinquina du cœur que Beau donnait à la digitale; et ce cœur plus fort, ou du moins qui frappe plus fort — ce qui n'est pas la même chose — frappe, en même temps, plus lentement, d'où le nom d'opium du cœur sous lequel le désignait souvent Bouillaud ; enfin, la digitale régularise les battements du cœur. les pulsations du pouls, d'où le nom de « régulateur du système circulatoire tout entier » que propose Huchard.

C'est en stimulant cœur et vaisseaux artériels et capillaires que la digitale relève la tension et rend ainsi l'hématose plus parfaite, assure une meilleure irrigation de tous les organes. Mais, il y a là *effort* de l'appareil cardio-vasculaire et, par conséquent, perte de forces, usure et non pas tonification. Or, le cardiaque ayant ressenti les effets immédiats du bien-être produit par la digitale, éprouve invinciblement le désir de recourir de lui-même à un poison si bienfaisant auquel tout le convie. La digitale sert de coup de fouet au myocarde; c'est, en somme, un peu comme l'alcool vis-à-vis du système nerveux ; or, de même qu'un cheval trop fouetté finit par devenir fourbu, de même le cœur trop stimulé finit par refuser le service. « C'est un grand tort, dit le Dr Dumas, de monter trop souvent la mèche quand la lampe va manquer d'huile. »

Le digitalisme est donc chose malheureusement fréquente chez presque tous les cardiaques. « Le cardiaque digitalisé se plaint de son estomac et de son intestin ; il a du pyrosis, des nausées, des vomissements, et sa tête aussi n'est pas très solide : il a, parfois, de la céphalée, du vertige des hallucinations, du délire, est-ce qu'il deviendrait fou ? et faible, faible à ne pouvoir se tenir debout ? »

Le Dr Dumas s'est bien trouvé, dans ces cas, des grands bains émollients plutôt répétés que prolongés, de l'iodure de potassium en lavements laudanisés (il faut respecter l'estomac déjà irrité et intoxiqué), du lait coupé d'eau alcaline pour toute nourriture, et du repos absolu du corps et de l'esprit. Inutile d'ajouter que la digitale est aussitôt supprimée ; mais sera-t-elle éliminée assez tôt, elle dont l'élimination est si lente, même quand la nutrition est normale, quand le rein fonctionne bien ?

Dans la période ultime du digitalisme, il n'y a rien à faire ; le cœur et les vaisseaux n'ont plus de ressort, la machine est usée. D'ailleurs, chez les artério-scléreux, les athéromateux, une hémorragie, une embolie peuvent suivre de près l'administration de la digitale et entraîner la mort subite ou l'hémiplégie, qui ne vaut guère mieux.

Voilà le mal, et voici le remède, ou plutôt les

remèdes, car il y en a plusieurs. D'abord celui du médecin : il doit prévenir tout cardiaque des dangers que lui fait courir l'administration intempestive ou abusive de la digitale ; ensuite celui du pharmacien ; il doit bien se pénétrer de cette idée que livrer sans ordonnance de la digitale à un malade, c'est lui mettre dans les mains une substance qu'il croit efficace et qui, peut-être, sera un poison dans son état actuel ; enfin, il faudrait soumettre les fabricants de granules à l'obligation stricte de réduire leurs flacons à 25 granules au plus.

L'utilité des conférences sanitaires internationales.

Depuis la création des conférences sanitaires internationales pour la lutte efficace contre les maladies épidémiques et transmissibles, le monde civilisé a déjà éprouvé les heureux résultats de l application bien dirigée de l hygiène appuyée sur les doctrines pastoriennes.

La Perse, étant par sa situation géographique, particulièrement intéressée à éviter l'éclosion des épidémies pestilentielles que provoque fréquemment l'exode humain vers le pèlerinage de La Mecque, risquait naturellement d'être mise en cause par les pays d'Europe dans la propagation de ces épidémies au cours de leurs nombreuses relations commerciales avec elle. C'est ce qu'a parfaitement compris un de ses éminents enfants, le Dr A. *Nazare-Aga*, fils de l'ambassadeur de Perse à Paris, qui a consacré sa thèse à cette étude si opportune.

« La Perse, dit-il, n'est pas un pays où les maladies pestilentielles soient endémiques. Le gouvernement a donc tout intérêt à continuer à en préserver le pays, en poursuivant le développement de l'hygiène publique et privée.

«Les gouverneurs seraient utilement investis de tous les pouvoirs relatifs à l'observation des règlements concernant l'hygiène et devraient centraliser au Conseil de santé de Téhéran tous les renseignements sur l'état sanitaire de leur rayon d'action.

« L'importance même du Conseil de santé de Téhéran nécessiterait sa réorganisation. Celle-ci devrait plus particulièrement viser sa composition technique et la régularité de ses réunions.

« La circulation sur le territoire persan ainsi qu'aux frontières terrestres et maritimes devrait être l'objet d'un contrôle sanitaire.

« Il serait désirable qu'une commission internationale, due à l'initiative des nations convoquées aux conférences sanitaires, fût instituée et spécialement investie des pouvoirs et des crédits nécessaires pour l'organisation de la défense du golfe Persique et du pèlerinage de la Mecque. »

MEDECINE PRATIQUE

Deux cas d'hémophilie.

L'Hémophilie est une entité morbide qui a été le sujet de nombreuses controverses. Longtemps, on a refusé d'admettre que des hémorrhagies spontanées et persistantes puissent se produire en dehors de certains états pathologiques comme le scorbut, le purpura hémorrhagique, les formes hémorrhagiques des fièvres éruptives.

Ce furent les travaux de Masse, de Lebert, de Vogel et surtout ceux de Grandidier, qui entraînèrent la conviction et conduisirent à admettre l'existence d'une diathèse hémophilique héréditaire.

Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas saisissant et dramatique, au début de nos études à Rennes. Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, qui avait déjà présenté une hémorrhagie très grave et difficile à arrêter après une extraction dentaire ; il fut pris d'une épistaxis abondante, rebelle à tous les petits moyens habituellement employés en pareil cas et qui nécessita le tamponnement des fosses nasales ; l'hémorrhagie recommençait dès que le tamponnement était enlevé au bout de 48 heures ; il fallait le renouveler immédiatement. — Ce malade s'affaiblit progressivement et finit par succomber au bout de huit jours.

Récemment, nous avons eu à donner des soins à un hémophilique chez lequel les accidents hémorrhagiques graves eurent cependant une terminaison favorable. Voici l'histoire de ce malade :

M. O., âgé de 38 ans, homme d'aspect extérieur robuste, vient consulter le 1er décembre 1902 pour les accidents suivants. Il y a sept jours, il a été pris subitement, d'une douleur violente au niveau d'un chicot, reste de la prémolaire supérieure droite ; en quelques heures. il s'aperçut d'un gonflement de la joue et crut à une fluxion dentaire. Les jours suivants la douleur s'accentue et le gonflement augmente notablement, il y a de l'œdème de la joue et des paupières du côté droit. Un médecin qui l'examina à ce moment, constata l'existence d'une petite tumeur buccale située sur le côté externe de la gencive supérieure droite. Depuis 4 jours, le malade souffre de plus en plus, de douleurs lancinantes avec sensation de tension de la joue ; en outre. il saigne un peu, mais continuellement, au niveau de la petite tumeur buccale, qui aurait elle-même augmenté de volume

Les antécédents de ce malade présentent un grand intérêt : il s'agit d'un hémophilique ; un de ses frères a eu de très inquiétantes hémorrhagies à la suite de l'extraction d'une dent de lait et le médecin qui le soignait a craint pendant quelques jours une issue fatale.

Le malade lui-même, originaire de la Corse, a eu une hémorrhagie très grave à l'occasion d'une extraction dentaire ; aussi, son dentiste n'a-t-il pas voulu lui extirper le chicot de la prémolaire droite.

L'an dernier, cet homme a eu des hématémèses avec melœna, sans qu'on ait pu constater de signes d'ulcère gastrique. Il a souvent de petites hémorrhagies persistantes au niveau des gencives. Enfin, il a eu une plaie du front produite par un fleuret et cette plaie, minime en réalité, a saigné d'une façon abondante, inquiétante même, et ne s'est cicatrisée qu'avec une extrême lenteur.

Cet homme n'a jamais présenté de douleurs, ni de gonflements articulaires ; il n'a jamais eu de purpura, ni d'ecchymoses spontanées ; il n'a pas présenté d'accidents convulsifs. C'est seulement un sujet nerveux, irascible et très emporté. A l'examen, on voit sur la face externe de la

gencive supérieure, au niveau du chicot de la prémolaire, une tumeur violacée, noirâtre par places, du volume d'une noix et qui distend le sillon gingivo-buccal. Cette tumeur est mollasse et exhale une odeur infecte ! Elle est presque sessile et paraît être formée en grande partie par des caillots sanguins en voie d'infection putride. Il existe une sensibilité douloureuse vive à ce niveau.

Le bord des gencives est un peu altéré et il y a un dépôt de tartre dentaire abondant.

La joue est très tuméfiée ; le gonflement s'étend jusqu'au côté correspondant du nez, qui est très déformé ; cependant le malade souffle facilement par cette narine et ne mouche rien d'anormal.

Température : 38°8.

Devant les phénomènes d'infection et le suintement sanguin continuel au niveau de la petite tumeur, je me décide à intervenir le 2 décembre 1902. L'anesthésie au chloroforme se fait sans incident. J'excise la tumeur qui est constituée par un caillot infecté présentant au centre une cavité grisâtre putride à parois lisses.

La muqueuse était amincie et rompue au voisinage du sillon gingivo-buccal et tapissait une faible étendue de la face externe du caillot. En outre, il y avait des caillots sanguins infectés, résultant d'une hémorrhagie spontanée entre la joue et le maxillaire supérieur et en continuité avec le caillot formant la tumeur gingivale.

Lorsque les caillots furent complètement enlevés, je constatai un petit orifice osseux sur la paroi externe de l'alvéole de la prémolaire : par cet orifice s'écoulait du sang d'une façon continue.

J'enlevai le chicot resté de la prémolaire et un autre chicot voisin. Après avoir bien désinfecté la plaie, je tamponnai les cavités alvéolaires et la zone décollée de la joue, avec de la gaze iodoformée. En outre, par précaution, je fis au malade une injection sous-cutanée d'un demi-litre de sérum gélatiné et je lui ordonnai une potion avec 4 grammes de chlorure de calcium.

Dans la journée, tout se passa sans incident : le malade avait pris peu de chloroforme ; il n'avait eu que quelques nausées au réveil. Le soir à 10 heures, il n'avait pas d'hémorrhagie. La nuit fut bonne et le malade put dormir.

Mais, le matin du 3 décembre, une hémorrhagie en nappe commença. Le malade, qui s'est assoupi environ une heure, se réveille avec la bouche remplie de caillots sanguins. J'enlève le tamponnement et je lave la bouche à l'eau bouillie très chaude, mais l'écoulement sanguin ne s'arrête pas.

J'essaie alors des applications glacées, maintenues et renouvelées dans le sillon gingivo-buccal et sur la joue, sans parvenir à enrayer l'hémorrhagie. Les cautérisations avec le thermocautère au rouge sombre restent également sans résultats : le sang provient surtout des alvéoles dentaires de la prémolaire et de la suivante ; il vient aussi de la canine supérieure gauche, qui est cariée, mais sur laquelle, il n'y a eu aucune intervention.

Un tamponnement serré est fait à nouveau avec une mèche imbibée d'une solution d'antipyrine. L'état général est médiocre ; le malade s'alimente assez bien, mais il est nerveux et inquiet.

Dans la soirée, l'hémorrhagie recommence après un arrêt de quelques heures : je fais des attouchements avec la solution de rénaline sans pouvoir obtenir l'hémostase. Au bout de quelques instants, le malade pâlit subitement ; il a des nausées : une syncope grave et prolongée se produit nécessitant des injections d'éther, de la respiration artificielle et des inhalations d'oxygène. Enfin, le malade revient à lui et l'hémorrhagie recommence. Nous faisons un grand lavage de la bouche avec de l'eau très chaude et la cavité des alvéoles est fortement tamponnée avec de l'amadou stérilisé. L'écoulement s'arrête quelques heures, mais reprend ensuite, pour s'arrêter encore après des lavages à l'eau chaude, à l'eau oxygénée et un nouveau tamponnement à l'amadou stérilisé. Cette fois, le malade reste sans saigner pendant toute la nuit.

Le 4 décembre, après midi, je trouve le malade très affaibli, son teint est pâle, il est en proie à une grande anxiété ; la salive, mêlée d'une abondante quantité de sang, s'écoule continuellement de la bouche, et celle-ci est littéralement remplie de gros caillots noirâtres exhalant une odeur infecte.

J'enlève les caillots : la bouche est largement irriguée avec de l'eau extrêmement chaude pendant que l'on fait une injection d'ergotine et des injections de sérum de Chéron.

Le malade prend en outre un grand bain de pieds sinapisé, très chaud et un lavement. Localement, j'essaye vainement d'arrêter l'hémorrhagie avec diverses solutions hémostatiques, y compris même le perchlorure de fer ; tout est inutile.

Enfin, j'arrive à arrêter l'écoulement sanguin en plaçant un morceau d'amadou dans les alvéoles et en les bourrant ensuite de cire et de gutta-percha. Après quelques heures de répit, le malade recommence à perdre du sang en abondance. L'état général est précaire ; le sujet est très agité et pâle, son pouls est rapide et petit.

Injection sous-cutanée de sérum de Chéron. Je pratique encore un tamponnement avec de l'amadou et, pour éviter le déplacement des tampons, j'immobilise le maxillaire inférieur à l'aide d'un bandage en fronde : l'alimentation est faite avec une sonde œsophagienne introduite par le nez. Enfin je fais moi-même la compression prolongée de la carotide, le sang ne coule plus.

Le lendemain matin, 5 décembre, une nouvelle hémorrhagie a lieu, et je trouve la bouche pleine de caillots : je songe, en désespoir de cause, à faire la ligature de la carotide, et j'en parle au malade, que cette perspective impressionne très vivement. Pourtant, il consent à me laisser employer tous les moyens susceptibles d'arrêter cette inquiétante hémorrhagie.

Avant tout, je nettoie la bouche avec un grand lavage à l'eau très chaude, après avoir enlevé le tamponnement ; l'hémorrhagie paraît momentanément arrêtée. Je reste près du malade qui demeure assis sur la table d'opération, dans l'immobilité et le silence parfaits. Au bout d'une heure, aucune hémorrhagie ne s'était reproduite, bien qu'il n'y eût aucun pansement local. Le malade est mis avec précautions dans son lit ; le soir, l'hémostase reste parfaite et se maintient les jours suivants.

Le 9 décembre, je constate seulement l'existence d'un petit caillot sanguin du volume d'une demi-

★

noisette sur la face externe de la gencive supérieure droite, mais il n'y a pas d'odeur fétide, ni de signes d'infection. Le malade est plus calme ; il prend des aliments liquides et dort bien.

A partir de ce moment, la guérison a marché vite. Le petit caillot s'est éliminé par fragments, et la cicatrisation s'est faite sans nouveaux incidents.

Depuis lors, l'état général est redevenu très bon et j'ai revu cet homme en parfait état de santé au mois de mars 1903.

Il s'agit bien ici d'un cas d'hémophilie caractéristique, maladie héréditaire et familiale, puisqu'un frère du malade a présenté la même disposition aux hémorrhagies et que le sujet a eu lui-même plusieurs accidents antérieurs du même ordre que celui dont nous avons été témoin.

La pathogénie de l'hémophilie a été très discutée et on en a fourni des explications diverses.

Le sang a été maintes fois examiné, sans qu'on ait trouvé de modifications de sa composition, capables de rendre compte des accidents. Heyland, de Lubeck, Duflos de Breslau, Wachsmuth, Hayem, n'ont pu relever aucune altération importante. Tous les autres ont signalé la facilité de coagulation du sang chez les hémophiles. Chez notre malade, la formation des caillots était très rapide ; il semble que ce fait devrait favoriser l'hémostase et cependant, les hémorrhagies persistent avec tenacité.

Virchow admet que, chez les hémophiles, il existe un état fœtal permanent du cœur avec étroitesse des gros vaisseaux faisant varier le calibre relatif de ces derniers et les disposant à se rompre. Mais. il faut remarquer que les hémorrhagies des hémophiliques sont surtout des hémorrhagies capillaires en nappe. C'était le cas chez notre malade et chez lui l'auscultation du cœur ne conduisait à admettre ni un état fœtal permanent, ni une étroitesse des gros vaisseaux.

Les altérations le plus constamment observées dans les autopsies d'hémophiliques sont celles des artérioles. Hopper, Wilson, Schllemann, Grandidier, Magnus Huss, ont signalé des lésions de la tunique musculaire, qui est toujours amincie, transparente. Elle disparaît même en certains points où des plaques graisseuses la remplacent.

Meynel et Semp pensent qu'il s'agit là d'un arrêt du développement congénital des petits vaisseaux.

D'autres auteurs, avec Blagden, Grandidier, Wickham, Legg, Wedemeyer, font entrer en jeu le système nerveux vaso-moteur, dont le défaut d'action paralyserait les petits vaisseaux, dès lors incapables de résister à la pression sanguine.

Lancereaux fait de l'hémophilie une affection nerveuse à cause du caractère capricieux des hémorrhagies, de l'émotivité des sujets, et de l'influence des causes qui agissent sur le système vaso-moteur. — Chez notre malade, nous avons noté en effet un état nerveux manifeste : caractère mobile, irascible grande impressionnabilité.

Nous pensons même que l'impression morale causée chez lui par la perspective d'une ligature de la carotide n'a pas été sans influence sur l'arrêt brusque et définitif de l'hémorrhagie par une action vaso-motrice ; mais, l'altération des petits vaisseaux a été observée avec une constance trop nette pour que l'on puisse faire de l'hémophilie une affection vaso-motrice pure.

On sait que le pronostic de l'hémophilie est grave et que cette gravité est d'autant plus grande que le sujet est moins âgé. Les cas de mort ont surtout été observés avant la vingtième année, et le cas des deux malades dont nous parlons ici confirme bien cette opinion. Néanmoins, les antécédents d'hémophilie devront toujours rendre le chirurgien très circonspect et lui inspirer la plus grande prudence.

Nous avions songé à faire l'examen du sang chez notre second malade et nous avons hésité à le faire après la lecture d'un cas où la piqûre au doigt, faite dans ce but, a été l'occasion d'une hémorrhagie persistante sérieuse.

Il est vrai que nous n'avons pas hésité à intervenir chez notre malade, bien que le diagnostic d'hémophilie eût été établi dès l'abord par les antécédents héréditaires et personnels, et aussi par les accidents actuels ; mais il y avait des indications qui nous ont paru formelles. Le malade avait dé,à une hémorrhagie spontanée, en nappe, au niveau de la gencive et de l'alvéole des dents malades. On ne pouvait pas espérer agir efficacement, contre cette hémorrhagie, sans enlever d'abord les caillots et les chicots dentaires qui en masquaient le foyer originel.

D'autre part, il y avait infection du caillot, devenu friable, et il est aujourd'hui bien avéré que cette condition favorise essentiellement l hémorrhagie. N'est-ce pas dans ces conditions d'infection que se produisent la plupart des hémorrhagies secondaires, heureusement devenues rares de nos jours grâce à l'antisepsie ?

Supprimer les caillots infectés, permettre d'agir aussi directement que possible sur le foyer d'hémorrhagie, a été notre but dans cette circonstance.

Malgré cela, l'hémostase a été longue et difficile à obtenir : nous avons vu échouer successivement la plupart des moyens conseillés en pareil cas.

Enfin, nous tenons à attirer l'attention sur l'accident qui a suivi immédiatement l'emploi de la rénaline chez notre malade. Sans vouloir nier l'action hémostatique qu'on lui attribue généralement aujourd'hui, nous devons avouer que cette substance s'est montrée inefficace chez notre malade.

D'autre part, il convient peut-être de faire des réserves sur son innocuité. Bien que nous l'ayons employée en simple badigeonnage et à la dose habituellement recommandée, nous avons vu se produire des accidents graves avec lipothymie, syncope prolongée inquiétante. Il a fallu faire en toute hâte, des injections sous-cutanées d'éther, pratiquer la respiration artificielle, et des inhalations d'oxygène pour ranimer le malade. Loin de nous apporter le secours que nous en attendions, la rénaline nous a créé une complication et ce fait est de nature à nous rendre circonspect dans l'emploi de cette substance.

Dr Raymond Petit.

Chef de clinique chirurgicale adjoint
à la Faculté de Médecine.

REVUE DE LA PRESSE ETRANGÈRE

Sur le Cytodiagnostic.

Nombreuses ont été les recherches faites en ces dernières années pour arriver à tirer des indications diagnostiques de l'examen cytologique du liquide cérébro-spinal.

On sait actuellement qu'à l'état normal il ne contient ni éléments figurés, ni lymphocytes. Le liquide cérébro-spinal conserve sa constitution normale dans les névroses, les psychoses, les affections du système nerveux central et périphérique (sans participation des méninges cérébrales ou spinales), dans les tumeurs cérébrales, et peut-être aussi dans le méningisme. On observe de la lymphocytose dans les cas de paralysie progressive, de tabes au début, de méningo-myélite. Le plus souvent, la méningite tuberculeuse se révèle au début par la présence de polynucléaires ; à un stade plus avancé, elle est caractérisée par les lymphocytes, remplacés à leur tour par les polynucléaires dans les cas d'infection secondaire.

Dans la méningite cérébro-spinale épidémique, d'étiologie quelconque, ce sont les cellules polynucléaires qu'on observe le plus souvent au début ; tandis que la lymphocytose redevient prédominante dans les cas devenus chroniques, ou sur le point de guérir. A chaque exacerbation, il y a de nouveau polynucléose.

Voyons à présent quelle est l'utilité pratique du cytodiagnostic dans la méningite et les autres affections analogues (méningisme, tumeurs cérébrales). Celle-ci n'est pas très grande dans la méningite ; le cytodiagnostic donne des indications à peine plus précises que la simple ponction lombaire. Si, dans le méningisme ou les tumeurs cérébrales, la présence de quelques éléments figurés permet d'éliminer l'idée de méningite, il faut savoir que ces données cytologiques demandent à être confirmées, et que la ponction lombaire donne en pareil cas des indications également précieuses : le liquide retiré est aussi clair que l'eau distillée, et ne laisse apercevoir, au bout de 24 heures, ni dépôt, ni flocon fibrineux.

Quant au diagnostic différentiel entre la méningite tuberculeuse et la méningite cérébro-spinale, dans cette dernière seule, le cytodiagnostic nous fournit de bonne heure des indications précises. Au début de la méningite tuberculeuse, l'examen microscopique ne permet que des présomptions. car les éléments polynucléaires peuvent encore prévaloir. La ponction lombaire, par contre, nous apporte dès le début des données certaines. Dans la méningite tuberculeuse, le liquide est d'abord tout à fait clair ; au bout de quelques heures se forme un dépôt fin, composé d'un réseau fibrineux, qui emprisonne dans ses mailles des éléments figurés, et qui peut aussi contenir des bacilles tuberculeux, plus difficiles à découvrir. Dans la méningite cérébro-spinale épidémique, le liquide est au contraire, dès le début, complètement trouble ou simplement opalescent ; le repos amène la formation d'un dépôt abondant, composé de matières purulentes jaunâtres, où l'on découvre au microscope les microorganismes spécifiques.

Quant au cyto diagnostic dans les différentes formes de péritonite, il donne peu de renseignements, et il ne peut encore, dans l'état actuel de nos connaissances, permettre d'établir l'étiologie des différents exsudats.

Les propriétés anaphrodisiaques de l'Héroïne.

On sait que l'héroïne, en raison de ses propriépriétés calmantes plus faibles que celles de la morphine et de la codéine, est recommandée dans les inflammations légères des voies respiratoires. Et c'est à ce propos qu'il est arrivé au Dr Hein (de Paris), de découvrir fortuitement les propriétés anaphrodisiaques de ce médicament. Les malades, dit il, toujours des hommes, qui malgré leur affection bronchique ou autre, ne refusaient rien à Venus, venaient très rapidement (2 10-12 jours de traitement), se plaindre d'une impuissance inaccoutumée, s'étonnant que leur maladie leur soit à ce point funeste et nous demandant si les médicaments n'y étaient pour rien : Cessant l'héroïne, don Juan renaissait.

Se basant sur ces observations, Hein prescrit ce médicament dans les érections douloureuses de la blennorrhagie, dans les opérations sur le pénis et dans toutes les circonstances qui nécessitent l'emploi d'un anaphrodisiaque. Il donne l'héroïne à la dose de un ou deux centigrammes, et la préfère au camphre, au lupulin, au bromure.

Becker a pu vérifier la justesse des assertions émises par Hein. (*Berl. Klin. Woch.*, 1903, n° 47). L'héroïne n'est anaphrodisiaque qu'à des doses relativement élevées : 0,005 milligrammes ou 0,0075 restent généralement sans effets. Parfois il est nécessaire de donner jusqu'à trois centigrammes d'héroïne, mais c'est là une circonstance exceptionnelle.

A noter que l'accoutumance au médicament se produit facilement. Il suffit néanmoins de le supprimer pendant quelques jours, de le remplacer par le lupulin, par exemple, pour en obtenir de nouveau, même à faibles doses, les effets recherchés.

Certains auteurs recommandent de ne pas dépasser la dose d'un centigramme pour éviter l'apparition de phénomènes d'intoxication. Mais Klein et Strauss n'auraient jamais observé d'effets toxiques dans ces conditions.

L'héroïne est préférable au lupulin, car elle est dépourvue d'odeur et de saveur. On l'administre sous forme de pilules, de cachets ou de suppositoires.

Remarques sur la Cardioptose.

Etiologie. L'amaigrissement, l'entéroptose, et la neurasthénie semblent jouer un rôle dans l'apparition de la cardioptose, sans pouvoir à elles seules la déterminer. D'après les statistiques, rapportées par Einkorn (*Berlin.Klin.Woch*, 1903, n° 41) elle semble plus fréquente chez l'homme que chez la femme, quoique chez cette dernière on trouve plus souvent l'entéroptose.

Cette particularité peut s'expliquer par le port habituel du corset, qui exerce des pressions centrifuges au niveau d'un point rétréci ; s'il abaisse les viscères abdominaux, il soutient par contre les organes thoraciques, et maintient le cœur dans sa situation normale.

Symptômes subjectifs. On note des palpitations, des vertiges ; les malades ne peuvent par moments

se coucher sur le côté gauche. Pareils symptômes s'observent aussi en dehors de la cardioptose, mais sont néanmoins provoqués par cette affection, puisqu'ils existent dans plus de la moitié des cas.

Symptômes objectifs. La matité cardiaque absolue, comme la matité cardiaque relative, se trouve abaissée d'un espace intercostal. Néanmoins le cœur n'est pas hypertrophié ; il ne présente aucun signe de lésion organique ; ses bruits sont normaux.

Dans les différentes positions, que l'on fait prendre au malade, la mobilité du cœur semble habituellement augmentée. Dans le décubitus latéral gauche la pointe du cœur peut se déplacer de 3 à 5 centimètres ; dans le décubitus droit elle disparaît parfois totalement.

Cardioptose et ptose des autres organes. Dans 50 % des cas, la cardioptose est liée à une entéroptose généralisée, et le plus souvent elle s'accompagne d'une hépatoptose plus ou moins marquée. La cardioptose implique en effet une certaine dépression de diaphragme, qui n'existe que si le foie lui-même est abaissé.

Pronostic. Cette affection n'offre pas de dangers pour la vie : et il est facile d'amender considérablement, sinon de faire disparaître complètement les symptômes subjectifs qu'elle entraîne.

Traitement. On fortifiera le système nerveux par une alimentation soignée, par l'hydrothérapie, par une gymnastique rationnelle. et par le séjour au grand air. Pour remédier aux déplacements du cœur, le malade ne devra pas longtemps rester penché en avant. Pendant le sommeil le corps gardera autant que possible la position horizontale. On peut aussi recommander le port d'un corset spécial.

Chez les malades particulièrement impressionnables, on accordera une place importante à la médication sédative : bromure de sodium, teinture de valériane, etc.

Le traitement préventif du chancre syphilitique.

En ce qui concerne le traitement préventif du chancre syphilitique, les praticiens spécialistes se divisent en deux camps. Les uns estiment que l'accident primitif n'est que l'expression d'une infection déjà généralisée : ils pensent donc que l'extirpation préventive est incapable de juguler la maladie. Les autres, au contraire, partisans de cette opération, considèrent le chancre comme une porte d'entrée souillée par le virus, qui ne tardera pas à infecter le système lymphatique ainsi que l'organisme tout entier, si on ne le détruit sur place.

De part et d'autre, on cite des statistiques à l'appui de ces opinions.

C'est ainsi qu'un malade de Leloir et Fournier ne put éviter l'infection générale, bien que son chancre fut excisé quelques heures seulement après le coït infectant (l'apparition de l'accident primitif avait été surveillée à la loupe !). Il en fut de même pour un malade de Wolff-Madeleing, qui s'était résigné à subir l'amputation de la verge.

Nombreux sont également les cas où l'excision a été suivie de succès (Hüter-Langenbeck, Neisser, etc.). Sigmund alla même jusqu'à inoculer la syphilis à des malades incurables : la cautérisation du chancre, faite au bout de trois jours seulement, évitait la syphilis, alors que, dans 50 °/₀ des cas, les gens non cautérisés subissaient l'infection générale. Plusieurs semaines après la cicatrisation, aucun accident secondaire ne s'était produit ; et, qui plus est, chez beaucoup de malades, une nouvelle inoculation pratiquée à ce moment dans une autre région du corps était parfaitement suivie de l'apparition d'un chancre spécifique. Ces faits, dit Unna, semblent donner une confirmation scientifique aux succès relatés dans le traitement préventif du chancre induré.

Il est très difficile de nous faire une opinion juste et exacte en présence de ces faits contradictoires, car nous ne pouvons poser d'une façon certaine le diagnostic du chancre induré à sa période initiale ; nous manquons d'un criterium indubitable à cet égard. Les signes sur lesquels nous basons notre diagnostic n'apparaissent qu'au cours de l'évolution de la tumeur chancreuse : ulcération indurée, unique, nombreux ganglions durs et indolents. De même, son aspect extérieur qui ne présente rien de caractéristique (érosion, chancre parcheminé, ulcère élevé), peut encore varier dans de plus grandes proportions, quand il y a infection secondaire. On connaît enfin la fréquence du chancre « mixte ». Pour toutes ces raisons il est bon de n'accorder qu'une valeur relative à ces statistiques élaborées par des auteurs différents.

Malgré ces apparences de succès. le traitement préventif du chancre syphilitique n'a pas reçu l'extension que l'on pouvait espérer tout d'abord, car il n'est pas applicable à tous les cas : le chancre préputial peut seul être excisé, et l'infection ganglionnaire peut quelquefois devenir une contre-indication, si elle est très développée.

Il résulterait cependant d'observations recueillies pendant cinq années par Höllander (*Berl. Klin. Woch.*, 1903. n° 46) que le traitement préventif du chancre induré doive mériter la confiance des praticiens par les succès qu'il procure.

Höllander préfère à l'excision, ou à la cautérisation par contact, l'action de la chaleur rayonnée par une pointe de thermocautère, portée à la température de 400° : On momifie en quelque sorte les tissus.

Les 80 malades choisis par l'auteur présentaient une ulcération, qui avait indubitablement tous les caractères du chancre induré. Six d'entre eux ne furent pas cautérisés, soit que les ulcérations fussent multiples, soit que l'infection ganglionnaire fut particulièrement intense, ou que la roséole eût fait son apparition. Parmi les 59 malades opérés qui n'échappèrent pas à une observation consciencieuse et suivie de l'auteur, 15 seulement eurent des accidents secondaires (y compris 3 cas douteux).

Voici d'ailleurs les conclusions que l'auteur croit pouvoir émettre :

La cautérisation par chaleur rayonnée peut être employée dans chaque cas de chancre syphilitique, même extragénital. L'ulcération spécifique se trouve ainsi transformée en une plaie granuleuse de bonne nature. Quoi qu'employée dans des circonstances parfois défavorables, cette méthode permet, beaucoup plus que toutes les autres, d'éviter les accidents secondaires.

Une guérison définitive semble démontrée pour quelques cas, soit par la procréation d'enfants sains, soit par la possibilité d'une réinfection syphilitique ultérieure.

En tous cas, quand l'infection générale n'est pas évitée, la gravité des accidents secondaires semble diminuée ; après la cautérisation, Höllander n'a pas observé de formes sévères de la syphilis.

Ces résultats ne peuvent être exprimés sous une forme plus précise ; car le temps d'observation ne comporte qu'une période de cinq années. Espérons que l'avenir permettra à l'auteur de devenir plus affirmatif dans ses assertions.

Un autre avantage, présenté par ce mode de cautérisation, serait de permettre un diagnostic certain de la syphilis. L'opération effectuée, on gratte la plaie à la curette tranchante, et dans le cas de chancre induré, le tissu scléreux qui forme la base de l'ulcération ne permet pas d'enlever la moindre trace de substance. Pour le chancre mou, au contraire, les tissus saignent, les bourgeons charnus se détachent, on peut creuser un véritable trou. Cependant le curettage négatif seul en impose pour la syphilis, car dans le chancre mixte l'instrument s'enfonce avec la même facilité que dans le chancre mou.

Enfin la plaie chancrelleuse guérirait rapidement, tandis que la plaie syphilitique exigerait souvent plusieurs semaines pour arriver à cicatrisation.

La sérothérapie dans la scarlatine.

Depuis vingt ans bientôt, on sait que le streptocoque joue un rôle important dans la scarlatine ; certains auteurs ne lui reconnaissent qu'un rôle secondaire, à côté d'un virus spécifique, jusqu'alors inconnu. D'autres lui attribuent le rôle principal, car on le retrouve non seulement dans le nez et le pharynx (c'est le cas habituel), mais encore dans le sang, le liquide céphalo-rachidien, et même dans certains organes. Enfin la séro-réaction agglutinante démontrerait que le streptocoque de la scarlatine appartient à une espèce bien déterminée.

Marmorek et Aronson, les premiers, ont essayé d'employer la sérothérapie dans la scarlatine ; ils immunisaient le cheval au moyen de cultures dont la virulence avait été exaltée par des passages à travers la série animale. Ils n'obtinrent aucun résultat probant dans cette affection.

Moser prépare un sérum obtenu par l'inoculation au cheval ou au lapin. Il injecte des cultures dont la virulence n'a pas été exaltée, qui sont constituées par trente espèces différentes de streptocoques, provenant de divers cas de scarlatine. Ces cultures datent généralement de huit jours au moment de leur inoculation, quatorze jours après l'injection de bouillon on fait une saignée de 7 litres au cheval en expérience ; deux ou trois semaines plus tard, le sérum peut-être employé. Les animaux sont de nouveau inoculés au bout de 5 à 7 jours ; puis une nouvelle saignée est pratiquée après 6 à 7 semaines, le sérum durant plusieurs mois.

Après avoir pris les précautions antiseptiques voulues (lavages à l'éther, à l'alcool, au sublimé), on injecte en moyenne 100 centimètres cubes de sérum sous la peau du ventre ; la résorption se fait en général rapidement. Cette dose suffit dans la plupart des cas.

Jusqu'à présent Moser (*Wien. Klin. Woch.*, 1903, nº 44) n'a employé le sérum que dans les cas graves de scarlatine, avec hyperthermie marquée. Il n'est pas rare de voir la température tomber le jour même de l'injection, au bout de 4 à 30 heures ; elle s'abaisse fréquemment de 3°, sans manifestations de collapsus ; les effets de la sérothérapie ne sont pas aussi manifestes quand il y a des complications, ou quand la valeur du sérum n'est pas suffisante. En même temps que la fièvre, la fréquence du pouls et de la respiration diminue.

La cyanose, signe de la faiblesse cardiaque, persiste quelquefois deux ou trois jours durant, mais il n'est pas rare de voir l'exanthème disparaître rapidement. L'effet le plus merveilleux de la sérothérapie se traduit par l'amélioration de l'état général, et par la disparition des symptômes cérébraux.

Si le sérum est injecté en temps opportun, on voit s'atténuer rapidement les signes d'intoxication gastro-intestinale (vomissements, diarrhée); les complications de la maladie sont moins fréquentes, persistent moins longtemps (néphrite).

Les accidents secondaires dus à la sérothérapie de la scarlatine semble assez fréquents ; l'exanthème se rencontre dans 73 pour cent des cas. Plus rares sont les fluxions articulaires ou ganglionnaires, les œdèmes, la diarrhée ; mais le plus souvent les manifestations sont de courte durée.

Moser ajoute 48 cas à la statistique déjà connue de 138 observations de sérothérapie dans la scarlatine. Sur ces 48 cas, il y a eu 13 morts ; l'injection fut faite du 1er au 11e jour de la maladie. Quatre enfants moururent dans les premières vingt heures après l'injection : le sérum n'avait pas eu vraisemblablement le temps d'agir. Les autres décès se rapportent à des cas compliqués de diphtérie (5), de tuberculose (1), de pneumonie (2), de rougeole (1).

Les effets du sérum dans la scarlatine semblent excellents, pourvu que celui-ci soit préparé à l'aide de streptocoques de provenance humaine, non modifiés par des passages dans la série animale.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A propos de l'hospitalisation des gens aisés dans les hôpitaux de Paris.

M. le Dr Vimont ayant proposé au Syndicat des Médecins de la Seine l'étude de l'hospitalisation des gens aisés dans les hôpitaux parisiens, le Syndicat a jugé bon, afin de s'entourer du plus de garanties possible, de provoquer la réunion d'une grande Commission d'études, composée des délégués des principales associations professionnelles médicales de la Seine.

Ces délégués, munis des pleins pouvoirs de leurs mandants, se sont réunis à l'Hôtel des Sociétés savantes les 25 mai et 25 juin 1903. Après discussion, a été votée la nécessité pour l'admission hospitalière, de l'intervention des médecins des Bureaux de bienfaisance et de l'établissement de l'indigence par des enquêteurs de l'Assistance. Une sous-commission a été nom-

mée, afin d'élaborer un plan définitif à ce sujet.

La Commission, dans une dernière séance, le 7 octobre 1903, a approuvé à l'unanimité le rapport et les conclusions présentées par M. le Dr Gustave Weil, président de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance, rapporteur de la sous-commission.

Des moyens d'empêcher l'abus de l'hospitalisation des gens aisés.

RAPPORT PRÉSENTÉ A LA COMMISSION D'ÉTUDES DU SYNDICAT

Par le Dr Gustave WEIL,

au nom d'une sous-commission composée de MM. les Drs L. GOURICHON, VALLAT, BILLON, VIMONT, Mme BOULIER, sage-femme, et du rapporteur.

Le Congrès de déontologie de 1900 a clos sa discussion sur les abus de l'hospitalisation à Paris par le vœu suivant :

« Le Congrès, reconnaissant qu'il importe que les services hospitaliers soient réservés aux seuls indigents ;

« Laisse aux associations professionnelles le soin d'appliquer ces principes suivant les nécessités locales. »

(Adopté à l'unanimité.)

Le Syndicat des Médecins de la Seine, s'inspirant de ce vœu et devant l'abus toujours croissant de l'hospitalisation des gens qui n'y ont aucun droit, a provoqué une grande consultation des principales associations professionnelles locales, c'est-à-dire de la Seine. Il a invité à lui envoyer des délégués, afin de constituer une grande Commission d'études contre l'abus de l'hospitalisation, les Sociétés suivantes :

Le Syndicat des médecins de la Seine.

L'Union des Syndicats médicaux de France.

La Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris.

Le Conseil général des Sociétés d'arrondissement.

Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes.

La Chambre syndicale des Pharmaciens.

Le Syndicat des Sages-femmes de France.

La Chambre syndicale des Sages-Femmes.

Les vœux émis par chacun de ces groupements ont été centralisés entre les mains de M. le Dr de Grissac qui, dans un rapport très documenté (1), a résumé la question. Après une longue délibération, la Commission d'études a voté à l'unanimité, moins une voix, les conclusions suivantes :

1° Hors les cas d'urgence, l'admission des malades dans les hôpitaux est réservée aux médecins des Bureaux de bienfaisance.

2° Les enquêtes seront faites par les enquêteurs salariés créés spécialement dans chaque mairie.

L'admission hospitalière par les médecins des Bureaux de bienfaisance avait d'ailleurs été votée au IIe Congrès national d'assistance qui s'est tenu à Rouen, le 14 juin 1897, sous la présidence de M. Barthou, ministre de l'Intérieur.

« En dehors des cas d'urgence, y est-il dit, le malade ne devra être envoyé à l'hôpital qu'après avoir été visité par le médecin du service à domicile, qui décidera si oui ou non le malade peut être soigné dans son logement. »

La Commission d'études du Syndicat s'est donc inspirée uniquement de vœux antérieurement formulés par des spécialistes de l'assistance.

La seule voix opposée à la proposition de la Commission a été celle de M. le Dr Dignat, représentant le Conseil général des Sociétés d'arrondissement. Celui-ci a approuvé la conduite de son mandataire et s'est retiré du groupement réuni au siège du Syndicat des Médecins de la Seine.

Cette scission nous inspire le plus profond regret. « Nous sommes ici, comme l'a dit M. Malbec au Congrès de déontologie de 1900, entre praticiens, pour rechercher uniquement, en commun, les meilleurs moyens pour réprimer des abus dont nous pâtissons tous. » Si le Conseil général nous propose une mesure plus efficace que celle que nous défendons, nous serons très aises de pouvoir l'adopter pour ne pas surcharger le service déjà très lourd du traitement à domicile. Comme l'a dit M. Noir au Syndicat (séance du 19 juin) : « Je ne crois pas que les médecins des Bureaux de bienfaisance tiennent particulièrement à ce surcroît de service ; en tous cas, pour mon compte, je ne suis partisan de cette proposition que parce qu'elle peut, dans une certaine mesure, mettre un terme aux abus de chaque jour. »

En effet, tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour n'a abouti à aucun résultat. Voici à ce sujet ce que dit dans son rapport M. de Grissac : « Depuis dix ans, la question de l'abus de l'hospitalisation des gens aisés a été bien souvent étudiée, elle a été considérée sous toutes ses faces. Quel résultat pratique a-t-on obtenu ? Une circulaire du Directeur de l'Assistance publique, une surveillance plus minutieuse, des enquêtes un peu moins sommaires et . . . c'est tout. Les hôpitaux ont été fréquentés ni plus ni moins par des gens pour lesquels l'hôpital n'était pas fait. » Une réforme s'impose. Suivant M. Gory (Secours à domicile, page 56) : « Il faut réunir dans les mêmes mains la direction des traitements collectifs et individuels des malades ». C'est y tendre que de suivre la proposition très nette formulée par les médecins des Bureaux de bienfaisance.

D'honorables contradicteurs répliquent : « Mais vous n'êtes pas les seuls à soigner des malades justiciables des hôpitaux ». Bien certainement, l'Assistance publique ne soigne pas à Paris tous les malades qui pourraient s'y adresser et dans la lutte contre la misère et la maladie, une bonne part revient à la bienfaisance privée et à l'initiative individuelle. Mais tant que n'aura pas abouti

(1) Extrait du Rapport de M. de Grissac sur l'hospitalisation des gens aisés.

« Laissez-moi vous conter un fait qui m'est personnel. L'année dernière, me trouvant faire une saison à Vichy, je rencontrai à table d'hôte, dans la maison où j'étais descendu, une dame fort élégante, femme d'un négociant en grains de Paris. Un matin, à déjeuner, la dame en question faisait admirer à sa voisine de table un magnifique bracelet.

« C'est un cadeau de votre mari ? » lui disait son interlocutrice. Oui et non, répondit-elle. Voilà. Je devais « subir une opération chirurgicale grave ; mon mari « mit à ma disposition la somme de trois mille francs « pour me faire opérer ; mais sur les conseils d'une « amie, au lieu d'entrer dans une maison de santé, « comme il était convenu avec mon docteur, je m'habillai en pauvresse, donnai une adresse fausse, où « moyennant dix francs on a donné des renseignements « sur moi. J'ai été opérée par un des plus habiles chirurgiens de Paris, et avec les trois mille francs donnés par mon mari, j'ai pu me payer le magnifique bijou que vous voyez. »

« Cette histoire, absolument véridique, montre bien l'état d'esprit particulier de ceux qui, non indigents, usent de l'hôpital : ils sont légion ceux qui pensent de même.... »

une entente formelle entre l'Assistance et la bienfaisance privée, chacun de ces deux grands groupements devra vivre de sa vie propre. Les hôpitaux de l'Assistance publique devront avant tout recevoir les malades de cette administration ; et si un malade de la bienfaisance privée veut y rentrer, il devra être contrôlé aussi bien par les médecins que par les enquêteurs de l'Assistance publique. Les médecins de l'Assistance, responsables vis-à-vis de leur chef, le Directeur général, de tout manquement à la stricte observance des règlements, donnent des garanties plus réelles que celles de confrères absolument indépendants. De plus, par leur contact plus fréquent avec les indigents, ils sont, comme l'a dit M. Bourneville : « les mieux à même de juger les conditions d'hygiène dans lesquelles se trouve le malade ». M. le Professeur Thiéry s'est plaint à la Société médicale du VI[e] arrondissement (23 mai 1903) de l'abus des transports à l'hôpital par les voitures d'ambulance. Cette plainte devrait entraîner une sanction. Avec l'organisation actuelle des transports à l'hôpital, la sanction n'est pas possible parce que les médecins qui demandent ces transports ne relèvent pas tous de l'Assistance publique.

Mais si le médecin de l'Assistance relève de l'administration qui l'emploie, il est tout à fait indépendant vis-à-vis du malade qui le sollicite. Trop souvent le médecin de la famille a la main forcée pour le transport à l'hôpital et se trouve être ainsi, comme l'a établi M. Lermoyez, « le pourvoyeur en gens aisés des hôpitaux parisiens ». — « Pour inattendue qu'elle soit, dit M. le D[r] Jayle, cette conclusion est fort juste ; rien qu'en une seule semaine, je viens de voir entrer deux malades à l'hôpital sur la recommandation de leur médecin, alors que rien ne nécessitait leur admission dans un établissement de l'Assistance publique. » Il y a donc lieu de mettre les médecins traitants en garde contre leur propre complaisance. Quant à un conflit possible entre ceux-ci et les médecins de l'Assistance, il n'est pas plus à craindre que dans les nombreuses circonstances où le médecin qui soigne un employé ou fonctionnaire de la Ville, de l'Etat ou d'une grande administration, est en contact avec le médecin officiel qui juge son diagnostic et apprécie en dernier ressort la durée de l'incapacité de travail. Si d'un autre côté — et c'est le cas qui, déontologiquement, devra se présenter le plus souvent — le médecin de l'assistance est du même avis que le médecin traitant, la formalité que nous proposons serait-elle sans profit ? Et ne servirait-elle pas à l'éducation du public en lui apprenant que le Bureau de bienfaisance et l'hôpital soignent les mêmes et identiques malades et que l'hôpital court risque de faillir à sa tâche en recevant dans ses salles « mille à dix-huit cents personnes de plus que n'en prévoient ses budgets » ? (Discours de M. Mesureur, septembre 1903.)

La mention d'*« urgence »* que nous proposons et que tout médecin pourra toujours invoquer au profit de son client, ne sera-t-elle pas la vraie soupape de sûreté à la bonne application du règlement que nous préconisons ? C'est en ayant recours à cette urgence que tout médecin pourrait, en cas de conflit, faire transporter de sa propre autorité le malade qui l'intéresserait à l'hôpital, en prenant alors pour juge de sa conduite le médecin de l'hôpital. Cette urgence, en même temps qu'elle pourra satisfaire tout confrère, laisserait aux médecins de l'Assistance une plus grande marge au moment de leurs visites.

Si, malgré tout, un certain nombre de médecins restent opposés à ce qu'ils croient être une faveur pour les médecins de l'Assistance — *maxima medicorum concordia* — n'avons-nous pas pour nous consoler l'espoir de les voir revenir à résipiscence comme ils l'ont fait pour les arrêtés de 1895, malgré leurs énergiques protestations ? Celles-ci, tout en venant de haut, n'ont pas empêché l'Administration de maintenir ses nouveaux règlements contre lesquels aujourd'hui non seulement personne ne songe plus à protester, mais que chacun est bien forcé de reconnaître comme ayant été le premier coup de pioche effectif, mais insuffisant, contre l'abus de l'hospitalisation. N'a-t-on pas vu cette même prostestation surgir à Rouen alors qu'il a été question de charger les médecins du Bureau de bienfaisance du recrutement hospitalier ? Et cependant, aujourd'hui, le recrutement hospitalier se fait par les médecins du Bureau de bienfaisance de cette ville pour le plus grand profit de tous.

C'est en s'inspirant de ces principes que la Commission d'études du syndicat a voté ses conclusions et a nommé une sous-commission à l'effet d'élaborer des articles de règlement qui puissent fournir un terrain ferme à la discussion. Cette sous-commission, réunie le 10 juillet 1903, a, à l'unanimité, voté les conclusions suivantes :

1° L'hôpital est réservé aux seuls indigents et nécessiteux ;

2° Pour faire entrer un malade à l'hôpital, une demande sera adressée à la mairie de l'arrondissement qui enverra, dans les conditions requises par les règlements, le médecin du traitement à domicile de la circonscription ;

3° Sauf les cas d'urgence, le médecin du traitement donnera, s'il le juge utile, le billet d'entrée à l'hôpital avec transport gratuit. Les trois seules raisons qui pourront déterminer l'admission seront : la nature de l'affection, l'insalubrité de la demeure, l'absence de toute personne capable de soigner le malade (exécution sévère de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite) ;

4° Le Bureau de la mairie fait faire aussitôt par un employé spécial et salarié une enquête sur l'état d'indigence du malade ;

5° Si l'état d'indigence permanent ou temporaire n'est pas reconnu, l'Administration de l'Assistance publique pourra faire transporter immédiatement le malade, soit chez lui, soit dans une maison de santé ; elle se réserve toujours le droit de faire recouvrer *par le percepteur* les frais *réels* de l'hospitalisation.

M. Vimont a invité alors la sous-commission à étudier également les moyens de combattre la consultation des malades aisés à l'hôpital.

Il propose de s'en tenir à la circulaire du Directeur général de l'Assistance publique du 15 décembre 1901, dont il demande la stricte application :

« Les consultations qui ont lieu chaque jour dans les hôpitaux dépendant de l'Assistance publique sont exclusivement réservées aux personnes indigentes ou nécessiteuses domiciliées à Paris ou dans le département de la Seine.

« Toute personne qui se présentera à la consultation d'un hôpital pour y obtenir une consulta-

tion devra faire la preuve de son indentité par une carte d'électeur ou d'inscription au Bureau de bienfaisance, certificat délivré depuis moins d'un mois par le maire du domicile attestant ce domicile, et la situation d'indigence, quittance de loyer, enveloppes de lettres, etc.

« L'Administration de l'Assistance publique se réserve de faire procéder à des enquêtes à domicile afin de vérifier l'exactitude des renseignements fournis et au besoin de mettre en recouvrement d'office les frais de consultation de toute personne dont la situation ne serait ni indigente ni nécessiteuse. »

M. Vimont propose les adjonctions suivantes :

« Faire recouvrer par le *percepteur*, selon les tarifs locaux, les frais de consultation, pansements, médicaments et appareils.

« Faire procéder à une enquête par un enquêteur salarié de l'arrondissement. »

(Adopté.)

Les conclusions de ce rapport ont été adoptées à l'unanimité, *par la Commission d'études du Syndicat, dans sa séance du 7 octobre 1903.*

(Bulletin de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris.)

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

L'exercice illégal de la médecine et la réclame charlatanesque.

Les voyages de l'Académie Dermothérapique, 19 rue de la Pépinière, Paris, nous avaient fait commencer notre revue par le département du Nord. Aujourd'hui, c'est la presse locale des Ardennes qui reçoit les boniments de ces exploiteurs. Le *Courrier des Ardennes* du 11 février 1904 nous dit qu'ils seront à Sainte-Menehould le 17 février, hôtel Saint-Nicolas ; à Charleville, hôtel du Lion-d'Argent, le 18 ; à Sedan, hôtel de la Croix-d'Or, le 19 ; à Verdun, hôtel des 3 Maures le 20 février ; à Saint-Mihiel, hôtel du Cygne, le 21 février. *Sedan Journal* du 3 février 1904 vante leur incomparable bandage, dit Rétenteur graduable électrogénique, auquel ne résiste aucune hernie, du moins d'après la brochure qu'envoie la maison de la rue de la Pépinière.

Mais, dans cette branche, ils ont un redoutable concurrent. C'est un certain M. Vuachet, résidant à Paris, 31 *bis*, rue de Dunkerque, qui donnera chaque mois ses consultations : à Sedan, le 16, hôtel de la Croix-d'Or ; à Charleville, Hôtel de l'Europe, le 17 ; à Maubeuge, hôtel de l'Europe, le 18 ; à Valenciennes, le 19, au Grand-Hôtel-du-Commerce. — M. Vuachet traite par des appareils toutes les hernies, puis toutes les difformités du corps, mains, bras, jambes, pieds, épine dorsale, si l'on en croit le *Socialiste Ardennais*, du 30 Janvier 1904. L'une des meilleures opérations de ce roublard est, en tout cas, de passer quelques jours avant l'Académie Dermothérapique et de lui couper... l'herbe sous le pied.

Ce département des Ardennes, est d'ailleurs bien muni de renseignements sanitaires de ce genre par ses journaux divers.

Le *Courrier des Ardennes* y vante certains cachets digestifs d'un Dr Véry, vendus par le pharmacien Flach, de la rue de la Cossonnerie à Paris, grâce auxquels on se guérit *radicalement* de tous les maux d'estomac.

Dans le même journal (6 février 1904), vous trouverez l'énumération des miracles opérés par les virtuoses de la *Médecine nouvelle*, en leur hôtel de la rue de Lisbonne, 19, Paris, soit par consultations gratuites, soit par correspondance, car ce dernier système réussit tout aussi bien que l'autre pour l'usage qu'on en fait.

Trois jours plus tard, (9 février 1904) ce précieux « *Courrier* », donne, sous la signature d'un Dr Passy-Terrier, les merveilleux succès obtenus par les levures de raisins frais de M. Jacquemin de Malzéville. MM. les Drs Marie et Faisans, des hôpitaux de Paris, sont, dans cet article, par une rédaction habile, présentés comme des partisans du traitement de la grippe, de la fièvre typhoïde, par cette panacée. Se doutaient-ils de cet honneur ?

Ah, oui ! tenons-nous en là pour les Ardennes. Notre ami Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux, ne se doutait même pas, on peut le parier, que son département fût si bien soigné par nos confrères de la main gauche. J'entends bien qu'il va nous dire « Et chez vous ? » — A quoi nous répondrons : « C'est absolument la même chose, si ce n'est pire .. Ainsi le veulent la police et les tribunaux en l'an de grâce 1904. »

N'empêche que nous avons le monopole du traitement des maladies, et qu'on ne se prive pas de nous le reprocher.

VARIETES

Béguinages laïques.

Tout le monde a entendu parler des béguinages belges dont on retrouve l'équivalent laïc en Hollande, sous le nom de « Hofjes » et de leur organisation semi-religieuse, mais on ignore qu'avant la révolution, le nord de la France possédait des établissements analogues. La fondation d'un béguinage était une des formes les plus courantes de la charité de nos ancêtres. Le donateur, en mourant, laissait par testament une maison destinée à servir d'asile à des femmes peu ou point fortunées, et des terres, dont le revenu devait être affecté à leur entretien. Des dispositions testamentaires, auxquelles se conformait l'évêque, chargé des dernières volontés du défunt, donnaient lieu à une certaine variété de règles pour ces établissements, qui tous cependant se ressemblaient dans les grandes lignes, qui tous avaient le même but : venir en aide à la femme isolée.

Les premiers béguinages français paraissent avoir été fondés au commencement du XIIIe siècle. A cette époque, les béguines furent souvent chargées de distribuer des vêtements aux indigents, du vin aux malades ; elles eurent parfois une supérieure, un uniforme, et une règle religieuse. Elles furent fréquemment des sortes de sœurs de charité. Mais, par la suite, leurs caractère religieux s'amoindrit, et elles ne furent plus tenues qu'à prier pour leur bienfaiteur, à assister aux messes dites pour le repos de son âme et à parer l'église paroissiale les jours de fête.

A l'époque révolutionnaire, les béguinages disparurent, mais en 1797, lors de la création des bureaux de bienfaisance, la ville de Cambrai parvint à réorganiser les siens, si bien qu'ils ont subsisté

depuis et sont encore florissants. Les membres du bureau de bienfaisance consultèrent les documents anciens, interrogèrent d'anciennes béguines et purent rouvrir les vieilles demeures hospitalières et y abriter de nouvelles élues, en respectant autant que possible les volontés de donateurs décédés parfois depuis 600 ans.

Actuellement, d'après les derniers relevés du bureau, Cambrai possède une quinzaine de béguinages où logent 132 béguines. Le nombre des pensionnaires pour chaque béguinage varie de quatre à dix-neuf. Les places y sont fort recherchées et généralement les solliciteuses attendent longtemps leur tour. Du reste, il n'y a pas de conditions d'âge. Une fois nommée par le bureau, la nouvelle béguine doit généralement acquitter un droit d'entrée qui, seulement de 12 fr. 50 pour deux béguinages, va pour d'autres jusqu'à 50, 60 et même 150 frs. Lorsqu'elle ne peut le payer, des personnes charitables se trouvent toujours pour s'en charger. Du reste, elle n'est ni une indigente ni une impotente, c'est une travailleuse à qui la société va procurer, sur ses vieux jours, un peu de bien-être et de repos. Ancienne ouvrière restée vieille fille ou devenue veuve, elle continuera à travailler selon ses forces, ira en journée, fera des lessives, du repassage ou de la couture. L'administration l'oblige à habiter la chambre qui lui a été donnée sous peine de se la voir retirer et lui défend d'y loger aucune personne étrangère. Elle doit la meubler, l'entretenir propre.

Le soin des escaliers, corridors, greniers, caves, cours et cabinets, est confié à chacune à tour de rôle. Le soir, les portes sont fermées à dix heures en été, à onze heures en hiver. Bien entendu une conduite honorable est de rigueur. Tels sont les devoirs bien simples de la béguine. Voyons ses droits.

Les secours varient suivant les béguinages à cause des rentes différentes qui leur sont affectées. Partout, bien entendu, les anciennes distributions de blé, de farine, de pain, ont été remplacées par des bons de pain. De petites sommes d'argent sont distribuées, ainsi que des secours en charbon. Les béguines sont soignées gratuitement et on leur donne les médicaments.

Le bureau de bienfaisance a toujours tenu à honneur de faire prospérer les béguinages et il y a réussi. C'est ainsi qu'au moyen d'économies réalisées sur un certain béguinage, il est arrivé à en fonder un nouveau qui reçoit huit pensionnaires. C'est ainsi encore qu'un béguinage tombant en ruines ne fut point supprimé, mais transféré ailleurs. C'est ainsi enfin qu'un troisième s'éleva d'un étage et put prendre plus d'importance. Dans tous l'eau de source a été installée.

— La population a continué les traditions charitables des siècles passés et de nouvelles donations pour béguinage ont eu lieu notamment en 1817, 1835, 1848, 1865, 1885 et 1887. Enfin, en 1895, un nouveau legs, pour béguinage, de deux immeubles et d'une rente, a été détourné de sa destination première par suite d'une entente avec les parents du défunt. On trouva que les béguinages de femmes étaient en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la population, et il fut convenu que les immeubles recevraient, au lieu de béguinages, de vieux ménages pauvres n'ayant pas d'enfants vivants avec eux. Le nombre des ménages ainsi béguinisés est de dix. Chacun d'eux reçoit mensuellement quinze francs.

Lille, Valenciennes et Douai possèdent aussi, nous a-t-on dit, des béguinages. Mais nous n'avons pas de détails sur leur organisation. A Valenciennes, ils s'adressent à la classe bourgeoise et il faut donner, pour y entrer, de douze à quinze cents francs. Un béguinage de ce genre sera sous peu organisé à Cambrai, grâce à une donation.

En 1899, le bureau de bienfaisance de Cambrai eut l'idée d'une autre innovation fort intéressante. Il se fit autoriser par arrêté préfectoral à bâtir dix maisons destinées à recevoir gratuitement dix des familles les plus nombreuses inscrites sur ses listes. La dépense prévue était de 43.050 francs, mais on ne trouva d'adjudicataire qu'en 1901, et à 45.100 francs. Avec le produit d'une quête faite pendant une marche historique, on décida de construire une onzième maison. En janvier 1902, les bénéficiaires des onze maisons étaient désignés et, quelques jours plus tard, tous prenaient possession de leur logement. Lorsqu'ils cesseront d'être nécessiteux, ces habitations leur seront retirées pour être transmises à d'autres plus malheureux.

Le béguinage est un moyen économique de venir en aide aux vieillards nécessiteux qui ne peuvent plus gagner leur vie, mais sont encore assez valides pour travailler quelque peu. Il mérite d'être employé concurremment avec le placement dans les familles, indispensable quand le vieillard a besoin d'être soigné. Il est infiniment préférable à tous points de vue à l'hospitalisation.

Marie Regnault.

(L'*Assistance familiale*).

REPORTAGE MÉDICAL

L'inspection d'hygiène à la préfecture de police. — Nous avons appris récemment la nomination au poste d'inspecteur général des Services d'Hygiène à la Préfecture de Police, de M. le Dr Thoinot, médecin des hôpitaux et membre du Syndicat des médecins de la Seine, avec le Dr Bordas comme inspecteur-adjoint. Nous nous félicitons de ces choix, puisque dorénavant toutes les questions du ressort de la médecine et de l'hygiène seront examinées par un médecin.

Association de la presse médicale française. — Réunion du vendredi 5 février 1904. Le vendredi 5 février 1904 a eu lieu, au restaurant Marguery, la réunion statutaire de l'Association de la presse médicale française pour le mois de février, sous la présidence de MM. Lucas-Championnière, A. Robin, et Delefosse, syndics. — Vingt-trois membres y assistaient.

Nominations. — A été nommé, à l'unanimité, membre titulaire de l'Association :

M. le Dr P. Hamonic (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, 7 ter, rue Clauzel.

Commission d'admission pour 1904. — Ont été nommés membres de la Commission d'admission pour 1904 (Tirage au sort) : MM. Archambaud, Chevallereau et Doléris.

Délégués a l'association internationale de la presse médicale. — Ont été nommés délégués suppléants de l'Association française à l'Association internationale de la Presse médicale : MM. Valude, Janicot et Marcel Baudouin, déjà délégués à la Conférence de Monaco.

Commission des chemins de fer. — En raison des décès survenus, la Commission des chemins de fer est à nouveau composée de la façon suivante : MM. Lucas-Championnière, A. Robin, Delefosse, Marcel Baudouin, Cabanès, Bilhaut, Pichevin, Butte, Georges Baudouin.

Honorariat. — MM. Marais (de Caen) et Chervin (de Paris) sont nommés membres honoraires de l'Association.

Mutations. — M. le Dr Cézilly fils est remplacé à l'Association par M. le Dr Jeanne, rédacteur en chef du *Concours médical*.

Questions diverses. — M. le Secrétaire général met, en dernier lieu, l'Association au courant d'un certain nombre de démarches qu'il a faites, relativement à des questions d'ordre intérieur.

Ordre du jour de la prochaine séance. — 1° Election d'un Syndic, en remplacement du syndic sortant. — 2° Honorariat des journaux et des journalistes. — 3° Candidatures. — 4° Questions diverses.

Le Secrétaire général, Marcel Baudouin.

Les Drs Pseudonymes. — Vous écrivez dans un journal de modes, d'information, de politique ou de n'importe quoi, de beaux articles de médecine ou des consultations qui envoient tout droit le client chez le pharmacien; vous n'êtes pas docteur le moins du monde, mais vous trompez le lecteur en signant Dr Pierre, Jacques ou Paul; il croit si bien à votre titre qu'il renouvelle les demandes d'avis et vous lui donnez satisfaction jusqu'à ce qu'il guérisse, meure ou se décourage. Beaucoup de gens simplistes diront qu'en agissant ainsi vous vous livrez à l'exercice illégal de la médecine, d'une façon habituelle, et c'est ce qu'avait pensé dans sa candeur le Syndicat des médecins de la Seine qui alla jusqu'à porter plainte contre un de ces confrères de la main gauche.

Eh bien, M. Berr (le juge d'instruction, et non le pince-sans-rire de la Comédie-Française) vient de piocher la question d'une façon magistra... turale, et, de son labeur, il est enfin sorti une ordonnance de non-lieu. Parquets et tribunaux, cela se voit, n'ont plus qu'un but quand ils s'occupent de nous : c'est d'étonner leurs concitoyens, et ils y parviennent avec une maëstria de plus en plus remarquable.

Quelle veine pour nous qu'ils soient incorruptibles, infaillibles, inamovibles, etc... Où en serions-nous sans cela?

Ier Congrès Français de Climatothérapie et d'Hygiène urbaine. — Comme nous l'avons déjà annoncé, ce Congrès se tiendra à Nice, du 4 au 9 avril (vacances de Pâques), sous la présidence de M. le professeur Chantemesse (de Paris), membre de l'Académie de Médecine.

Les Congressistes bénéficieront de réductions (50 p. % et plus), la plupart valables du 1er au 20 avril 1904 : sur les grandes Compagnies de chemin de fer français ; sur ceux du Sud de la France, de la Corse ; sur certaines Compagnies anglaises (Londres-Paris) ; sur les services de bateaux entre Nice, Marseille, la Corse, Gênes ; sur les chemins de fer italiens ; sur les Wagons-Lits en France et à l'Etranger. Des prix réduits sont déjà consentis dans les principaux hôtels de Nice, Beaulieu, Cannes, Menton, Monaco, etc., dont la liste sera fournie sur demande par M. le Dr Camous (2, rue de l'Opéra, Nice), spécialement chargé de ce soin.

En dehors de Nice, les Congressistes visiteront officiellement Monaco, Menton, Cannes et Grasse, où des fêtes, promenades, etc., seront organisées en leur honneur. S. A. S. le Prince de Monaco donnera une réception au Palais et une représentation de gala sera offerte au Casino. A Nice, en dehors des réceptions par les Autorités, il y aura des représentations de gala (opéra, etc.). Les places, forcément limitées dans les théâtres, seront réservées aux premiers inscrits. Après la clôture du Congrès, des excursions seront organisées. Les Etudiants en Médecine, la famille des Congressistes accompagnant ceux-ci et adhérant au Congrès (carte spéciale de 10 fr.), bénéficieront des mêmes avantages. Pour faire partie du Congrès, il suffit d'envoyer au Dr Bonnal, trésorier (19, boulevard Victor-Hugo, Nice), le montant de la cotisation (20 francs) en même temps que les noms, qualités, titres, adresse exacte, très lisiblement écrits, et accompagnés de la carte de visite de l'adhérent. Les confrères, désirant faire des communications, sont priés de bien vouloir en adresser le titre et le résumé (30 lignes, in-8° raisin) au Secrétaire Général, avant le 15 février, afin qu'ils puissent être publiés et distribués avant le Congrès.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au Dr Hérard de Bessé, secrétaire général, à Beaulieu-sur-Mer (Alpes-Maritimes).

La vaccination à cinq sous. — Beaucoup de gens se demandaient pourquoi on avait tant tenu à créer la pièce de nickel de 0,25 centimes. Nous le savons maintenant : c'est pour rémunérer les médecins vaccinateurs, et le Conseil général du Gard vient d'inaugurer cette tarification qui fera son chemin si elle n'est pas mise à mal par ces maudits syndicats médicaux. L'âge d'or est passé depuis longtemps : nous sommes à l'âge du nickel que le plomb vil, un de ces jours, remplacera comme monnaie administrative.

Le Conseil supérieur d'hygiène de France. — On vient de le compléter et afin de ne pas faire mentir son titre on l'a composé exclusivement de Parisiens. Ah ce que la province est connue de tous ces hommes-là ! — Vous verrez qu'ils accapareront de même un jour les Comités supérieurs de l'agriculture et de la navigation : ne faut-il pas en effet que le pouvoir regarde toujours les choses de haut, de loin ? Cela crée du moins l'excuse permanente pour les gaffes quotidiennes, et c'est bien quelque chose.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours élémentaire pratique, d'auscultation et de diagnostic des maladies des organes respiratoires, commencera à l'Hôpital Saint-Antoine, le lundi 21 février, sous la direction de M. Mosny, médecin des Hôpitaux, et de M. Beaufumé, interne du service. Il aura lieu tous les jours à 8 h. 1/2 du matin et sera complet en 12 leçons. Les élèves seront individuellement exercés à la pratique de l'auscultation. Le prix du cours est fixé à 50 francs. Se faire inscrire le matin auprès de M. Beaufumé, interne.

Une série de cours pratiques de médecine opératoire spéciale commencera prochainement à l'Ecole Pratique sous la direction de M. le Prof. Berger et de M. Hartmann, agrégé.

Premier cours. — Opérations sur le tube digestif et ses annexes par M. Guibé, prosecteur. Ce cours commencera le 2 mars 1904.

Deuxième cours. — Opérations de chirurgie d'urgence et de pratique courante par M. Veau, prosecteur. Ce cours commencera le 16 mars 1904.

Troisième cours. — Opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme par M. Duval, prosecteur. Ce cours commencera le 10 avril 1904.

Quatrième cours. — Opérations sur les os et les articulations par M. Lenormant prosecteur. Il commencera le 2 mai 1904.

Cinquième cours. — Opérations sur la tête et le cou, par M. Lecène, prosecteur. Ce cours commencera le 16 mai 1904.

Sixième cours. — Chirurgie du thorax et chirurgie infantile, par M. Schwartz, prosecteur.

Septième cours. — Opérations gynécologiques par M. Labey, prosecteur. Ce cours commencera le 13 juin 1904.

Après la démonstration, les élèves s'exerceront individuellement sous la direction d'aides d'anatomie. Le droit à verser est de 50 francs pour chaque cours.

MM. Agasse-Lafart et Lemaire, internes des hôpitaux, commenceront prochainement une conférence d'externat.

Pour s'inscrire, s'adresser à M. Agasse à Tenon et à M. Lemaire à Laënnec.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Pageot, de Précy-sous-Thil (Côte-d'Or) et Martinet, de Piney (Aube); membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année | N° 9 | 27 FEVRIER 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

Fondateur : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les bienfaits de l'Action constante dans la défense professionnelle.

Il y a quelques jours, une quinzaine de confrères appartenant aux conseils de nos diverses sociétés de défense professionnelle constataient l'accord absolu de celles-ci sur toutes les questions très importantes, qui venaient d'être passées en revue dans une séance chargée. On avait parlé : loi sur la pharmacie ; rapports avec l'assistance, les Sociétés de Secours mutuels, les Compagnies d'assurances ; associations confraternelles de toute sorte ; réforme des études médicales ; congrès de l'exercice illégal, etc.. toute la gamme des sujets où de gros intérêts sont en jeu et notamment l'intérêt général: or, tous les votes émis, après échange complet de vues, l'avaient été à l'unanimité.

Grâce à cet accord désormais bien complet sur la formule de chaque revendication, même émulation et même entrain se sont fait jour depuis quelques années pour le choix des moyens qui peuvent faire triompher celle-ci. On se partage maintenant les rôles dans des commissions mixtes où tous les délégués fraternisent sans arrière-pensée de tirer à soi la couverture : on met les caisses en commun, suivant leurs ressources ; on s'attribue les démarches en utilisant le hasard des relations personnelles. Bref, on *agit* sur toute la ligne, on va de l'avant, coude à coude, et quoique cela vienne toujours trop tardivement au gré des impatients, on obtient des résultats surtout précieux et encourageants en ce qu'ils en font pressentir d'autres plus importants pour une époque peu éloignée.

Syndicats et leur Union, Sou médical, Groupe parlementaire, Concours médical, Sociétés d'arrondissement de Paris, Association générale, Société des médecins des hôpitaux, Société de chirurgie, Presse médicale, etc., ont donné encore récemment avec ensemble et donneront de plus en plus, si les médecins savent les maintenir sur le terrain de l'action.

Chez nous, comme on sait le faire ailleurs, il est urgent de tenir au second plan tout ce qui divise et fait perdre le temps. Or c'est le cas de toutes ces discussions académiques, palabres et tartines, qu'on devrait réserver pour les Congrès, terrain choisi pour les grandes envolées de l'éloquence. Restons, entre temps, dans le terre à terre de la lutte quotidienne où l'union dans la défensive doit tout primer et diriger.

Nous nous plaisions l'autre jour à constater les espoirs que fait naître cette attitude, la satisfaction qu'elle donne et promet, les dangers qu'elle écarte, l'autorité qu'elle fournit, quand il faut s'adresser à tous les puissants du jour. Elle est le secret de la cohésion de certains Syndicats, toujours en progrès, qui ont soigneusement évité les spéculations nuageuses de l'Ordre des médecins, et qui *pratiquent* la déontologie suivant les règles de la conscience et du gros bon sens, sans en discuter les *théories* scabreuses d'où ne sont sorties jusqu'ici que des divergences de vues, des divisions, et parfois des hostilités.

La méthode est bonne, c'est l'avis unamine de tous ceux qui en ont fait l'expérience : faisons-lui donner tout ce qu'on peut attendre d'elle, et,

jusque-là, respectons scrupuleusement l'horreur de la division, puisque c'est le principe dont elle découle.

Notre génération doit agir par la solidarité : laissons à celles qui suivront, le soin de parler si l'ennemi n'est plus à leur porte.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le Radium et les corps radio-actifs.

M. le Dr Millian a résumé, dans un très intéressant article de la *Revue des Hôpitaux*, l'état de nos connaissances actuelles sur le radium et les corps radio-actifs.

Sous le nom de *radio-activité*, M. Henri Becquerel a désigné, il y a quelques années, la propriété jusqu'alors ignorée qu'ont certains corps, « d'émettre spontanément ou du moins, sans cause actuellement connue, des radiations invisibles qui traversent les corps, que ceux-ci soient opaques ou transparents pour la lumière ».

Ainsi, les composés *d'uranium*, en l'absence de toute cause provocatrice connue, lumière ou autre, avec une intensité constante, émettent des radiations qui impressionnent une plaque photographique à travers des corps opaques même métalliques ; ces radiations rendent conducteurs de l'électricité l'air ou les gaz qu'ils traversent, aussi déchargent-ils les corps électrisés à proximité desquels ils se trouvent. »

M. Schmidt a constaté que le *thorium* était également radio-actif. M. et Mme Currie ont retiré de la pechblende, deux produits, plusieurs milliers de fois plus actifs que l'uranium : l'un uni au bismuth, le *polonium* l'autre mélangé au baryum, le *radium*. L'actinium a été isolé ensuite par M. Debierne. Ce sont là les principaux corps radio-actifs.

Proprietés du radium.— Le radium est un métal du même groupe que le calcium, le strontium. Son poids atomique est de 258 environ, c'est-à-dire le plus élevé connu ; le bismuth n'a que 208, le mercure 200. Tous les corps radio-actifs ont une atomicité très élevée.

Les émanations du radium sont de trois catégories : *a*) une émanation *gazeuse* arrêtée par le verre, dont les molécules ont une vitesse analogue à celle de la lumière et dont les émanations rendent l'air conducteur de l'électricité et impressionnent fortement une plaque photographique ; *b*) une émanation *ultra-gazeuse* (quatrième état de la matière) très pénétrante, qui traverse le verre et les métaux et peut impressionner une plaque photographique à travers cinq ou six millimètres de plomb et plusieurs centimètres de bois et d'aluminium. Ces émanations sont analogues à une grêle « de projectiles, traversant une cible ». Elles rendent comme les précédentes, l'air conducteur et déchargent un électroscope. alors même que le radium est à trois mètres de distance ; *c*) *une* dium *émanation de rayons de Rœntgen*.

Les rayons ultra-gazeux sont moins pénétrants que les rayons Rœntgen. Une photographie d'objets enfermés dans une boîte est prise en trois jours par le radium, en trois minutes par les *rayons de Rœntgen*.

Les rayons gazeux rendent très vivement lumineux les écrans phosphorescents, mais ne son

---

FEUILLETON

L'automobile du médecin.

Les considérations qui suivent font suite à celles publiées il y a deux mois. Elles auraient dû paraître depuis longtemps, mais ont failli ne pas paraître du tout. Voici pourquoi :

Dans l'intention d'être complet, et afin de témoigner de la parfaite indépendance des jugements portés, je m'étais livré à une enquête fort pénible et difficile près d'un certain nombre de maisons de construction.— Huit, exactement. — J'avais reçu de sept d'entre elles des réponses toujours courtoises, sinon toujours satisfaisantes. Et ce sont ces réponses, avec les devis qu'elles comportaient, que je désirais mettre sous les yeux des confrères. Tout cela était parvenu en temps utile à la Rédaction du journal et j'attendais l'insertion, quand le docteur Jeanne me pria de l'aller voir et me tint à peu près ce langage :

« Cet article est très bien pour paraître dans une revue spéciale. — Bien que je commence par vous déclarer mon incompétence technique, j'estime cependant que vous faites fausse route. Avec le luxe de renseignements que vous donnez, vous allez simplement augmenter l'indécision des confrères. Les uns iront à droite, les autres à gauche : tout cet effort sera perdu. Il vaut mieux choisir dans toutes ces marques celle qui vous paraît, non pas la meilleure, — vous dites vous-même qu'elles ne se différencient que par les détails — mais la plus susceptible de donner satisfaction à tout le monde. En somme, vous ne concluez pas, vous exposez. — Il vaut mieux ne pas développer et conclure. Ne donnez qu'une indication, mais qu'elle soit bonne, et puisque vous-même avez besoin d'une voiture, recommandez aux autres, en vertu d'un vieil et toujours juste adage, celle que vous prendrez vous-même ».

Je reconnus de bonne grâce que ces conseils portaient le signe de ce même sens pratique qui présida à toutes les créations du « Concours », et m'empressai de les suivre. Je demandai à M. Léon Buat de me faire une voiture conforme aux indications que je vais donner, en lui faisant observer qu'il pourrait en avoir à construire de semblables si quelques confrères, après l'avoir vue fonctionner, ou seulement après en avoir lu la description et examiné les plans, portaient leur choix sur ce modèle. Les raisons qui ont fait choisir cette marque de préférence à une autre sont principalement de trois ordres :

1° Tous les médecins qui possèdent des voitures Léon Buat s'en déclarent satisfaits, et ce sont des modèles anciens déjà.

2° La construction est solide, trop solide même car cette solidité donne du poids au châssis, restreint la vitesse, et je lui ai demandé de les alléger quelque peu, en remplaçant la tôle emboutie par des tubes étirés.

3° Les maisons plus importantes, au moins comme étendue, ne pouvaient, à cause du grand nombre de leurs représentants en province, consentir à

pas déviés par les aimants. Les rayons ultra-gazeux sont au contraire déviés par les aimants, mais rendent très faiblement lumineux les corps phosphorescents.

Ces émanations du radium ont pu être mesurées et l'on a pu calculer que, pour chaque centimètre carré de surface rayonnante, il s'échappe un flux de matière, dont le poids total atteindrait un milligramme environ au bout d'un milliard d'années. C'est presque dire que la perte est nulle pour des actions aussi énergiques.

Action calorique du radium. — A côté de ses actions chimiques ou lumineuses, le radium possède encore une action calorique. La température propre de ce corps dépasse toujours de un degré environ le milieu environnant. Il résulte de là, que le radium émet de la chaleur. On en a évalué la quantité à cent calories par heure et par gramme de radium. Cette quantité de chaleur est telle que la provenance de toute la chaleur du soleil pourrait être expliquée, si cet astre renfermait 3 gr. 6 de radium par mètre cube. Il n'est d'ailleurs pas impossible qu'il en soit en réalité ainsi, car, ainsi que le fait remarquer M. J. Deschamps (*Arch. gén. de méd.*. 5 janvier 04, p. 44), l'hélium, qui existe en abondance dans le soleil, se trouve aussi dans l'uranium, le thorium et autres substances radio-actives, et un sel de radium donne dans le spectre huit raies, dont quatre au moins se confondent avec celles du spectre de l'hélium. Il semble dès lors possible de regarder l'hélium comme un produit de désintégration atomique du radium, en sorte que la présence dans le soleil du premier de ces métaux, exige celle du second.

Action physiologique. — Elle n'est pas encore bien connue, car il n'y a pas encore assez de radium isolé pour des expériences nombreuses.

Un certain nombre de faits sont cependant acquis. Les émanations du radium ont un pouvoir physiologique destructeur, non sur les muscles, ni les organes profonds, mais sur les téguments, les poils, l'épiderme, le derme, les terminaisons nerveuses.

Le système nerveux central de la grenouille n'est pas impressionné ; mais, chez les vertébrés supérieurs, il se produit des troubles vaso-moteurs entraînant des paralysies d'origine centrale.

Un des phénomènes les plus curieux, constaté par Bohn, est le suivant : il suffit que les rayons du radium traversent le corps d'un animal pendant quelques heures pour que les tissus acquièrent des propriétés nouvelles, qui pourront rester à l'état latent pendant de longues périodes, pour se manifester tout à coup au moment où normalement l'activité des tissus augmente.

Il faut distinguer la *phosphorescence* de la *radioactivité*. La phosphorescence résulte toujours « d'une énergie primitivement accumulée et qui se dépense peu à peu, presque toujours assez rapidement. On peut comparer l'émission phosphorescente à l'émission sonore d'une cloche qui continue pendant un temps plus ou moins long après le choc du marteau qui l'a frappée ».

« Au contraire, les corps radio-actifs, *en l'absence de toute excitation connue lumineuse ou autre*, émettent, *avec une intensité constante*, des radiations qui impressionnent une plaque photographique au travers du papier noir ou des lames métalliques. »

---

remises que sous certaines conditions d'élection de domicile et de livraison qui devenaient de véritables obstacles. Cette question est du nombre de celles qu'on ne soupçonne pas, que l'on trouve cependant devant soi et qui créent des difficultés réelles.

Voici la description de cette voiture :

Châssis.—Tubes renforcés, étirés à froid.—Moteur 6 Hp de Dion à ralentisseur sur l'échappement, ou 6 1/2, Hp Aster, à régulateur sur l'admission de gaz. Ou Hp. de 8-9 Dion.

Changement de vitesse par train baladeur deux ou trois vitesses avant, une arrière, toutes sur le même levier. — Prise directe en grande. — Transmission par Cardan à joints protégés. — Embrayage progressif, par cône à friction commandé par une pédale. Direction à volant incliné.

Deux freins à ruban sur les roues arrière, commandés par un levier placé à droite du conducteur à côté du levier de changement de vitesses. — Un frein spécial sur l'arbre moteur, à la sortie de la boîte des vitesses, commandé par la même pédale que le débrayage.

Refroidissement par radiateur à ailettes placé à l'avant. Circulation d'eau par pompe. Roues bois égales 700 × 85.

Carrosserie.— Deux larges places, côte à côte. Toutefois un tonneau démontable peut être fixé à l'arrière et transforme exceptionnellement la voiture de service en voiture de famille.

Les jambes sont protégées par deux portières basses, très légères, faciles à enlever, supprimant radicalement les courants d'air.

Un tablier, attaché au sommet du garde-crotte monte à mi-corps et garantit de la pluie. Spécialement taillé pour la voiture, son adaptation est parfaite. Il constitue une protection toujours efficace jamais une gêne.

Une capote de toile à voiles, grise ou brune, s'abaisse ou se relève à volonté. Elle porte à sa partie supérieure un rideau que l'on peut aisément descendre, dans lequel se trouve ménagée une ouverture très suffisante pour voir la route, close par une vitre de celluloïd.

Ce rideau, plus commode, plus hermétique, moins lourd, moins encombrant que la glace, a tous ses avantages sans avoir un seul de ses inconvénients.

Accessoires.—Une des planches du fond de la voiture est remplacée pour l'hiver par une bouillotte alimentée par la circulation d'eau du moteur. — En été, cette bouillotte s'enlève, ou l'on ferme simplement la dérivation.

A l'avant du capot, un éclaireur à acétylène, établi de façon que le verre ne casse pas, est relié par un tube de caoutchouc à un générateur placé sous le capot. Deux grosses lanternes à pétrole, de chaque côté du garde-crotte forment un éclairage supplémentaire, toujours prêt, mais utilisable surtout en cas de défaillance du générateur.—Toute cette installation occupe une place marquée d'avance et ne gêne rien.

Le coffre-arrière est ménagé de façon à offrir un logement accessible et toujours le même aux objets indispensables, qu'ils appartiennent à l'outillage professionnel ou à celui de la voiture.

Enfin, avec la voiture sont livrés tous les accessoires nécessaires aux petites réparations que l'on peut avoir à faire et dont on trouvera la liste dans les notices.

Les prix, maintenant, sont :

Hémiatrophie faciale dans les paralysies du plexus brachial

D'après M. le Dr J. Tournaire fils, de Tain (Drôme), les paralysies du plexus brachial peuvent s'accompagner d'hémiatrophie faciale du côté correspondant.

C'est seulement dans les paralysies radiculaires totales ou inférieures qu'on la rencontre.

Les cas où on l'a notée sont assez rares. Nous avons pu toutefois en relater cinq observations, quatre des auteurs et une inédite.

Cette hémiatrophie faciale peut être rapide et très accusée et s'explique par la lésion des filets sympathiques des racines du plexus brachial (dernières paires cervicales et première dorsale). Le sympathique a une action trophique sur la face ; le centre médullaire et le trajet des filets qui ont cette fonction sont très rapprochés de ceux des filets irido-moteurs et peut-être identiques à eux.

Cette hémiatrophie peut s'accompagner de parésie de certains muscles de la face et de la langue, avec diminution de la contractilité faradique, et on peut l'expliquer par l'atrophie de rameaux nerveux moteurs de certains nerfs craniens sous la dépendance des lésions du sympathique.

La maladie de Basedow à forme fruste.

M. Dr Edouard Girod signale dans sa thèse une trentaine d'observations de malades atteints de maladie de Basedow, c'est-à-dire de goître exophthalmique à formes frustes. Dans ces différents cas, on a noté que les troubles fonctionnels du cœur et des vaisseaux, considérés comme une des principales manifestations de la maladie de Basedow ordinaire, peuvent occuper une place prépondérante dans les formes frustes.

La recherche du syndrome de Basedow est indiquée chez les malades atteints de troubles cardio-vasculaires ; tachycardie, arythmie, pouvant aller jusqu'à l'asystolie, quand l'examen clinique n'a pas révélé de lésions causales dans le cœur et les vaisseaux.

Dans la tachycardie et l'asystolie d'origine basedowienne, la digitale est un médicament de choix, à dose élevée, à moins de contre-indications spéciales.

Le traitement électro-faradique a donné aussi de bons résultats à M. Vigouroux ; d'autres auteurs emploient le courant continu galvanique.

MM. Laquerrière et Delherm utilisent un mode électrique qui réunit les propriétés de ces deux procédés : c'est le courant ondulatoire dont voici la technique :

1°) Appliquer une large plaque sur la face postérieure du cou. Une deuxième plaque recouvre le corps thyroïde qu'elle dépasse ;

2°) Relier le pôle positif à la plaque postérieure, le pôle négatif à la plaque antérieure ;

3°) Amener progressivement le courant à 30-40 milliampères pendant 5 à 10 minutes ;

4°) Ne pas produire d'interruptions de courant et par conséquent de secousses ;

5°) A la fin de la séance ramener le courant progressivement à 0.

L'indication importante est d'atteindre le maximum d'intensité tolérable.

Lorsque le traitement est bien appliqué, en général, on observe les résultats suivants :

La circonférence du cou subit une diminution dès les premières séances.

	Moteur 6 chevaux de **Dion**. 2 vitesses avant 1 vitesse arrière	Moteur 6 chevaux de **Dion** ou 6 1/2 **Aster**. 3 vitesses avant 1 vitesse arrière	Moteur 8-9 chevaux de **Dion**. 3 vitesses avant 1 vitesse arrière
Voiture nue	4000	4200	4900
Remise 10 o/o	400	420	490
Net	3600	3780	4410
Voiture comp.	4440	4640	5340
Remise 10 o/o	444	464	534
Net	3996	4176	4806

En ce qui concerne le choix à faire, tout dépend du pays parcouru et de la vitesse recherchée. En pays plat on peut se tirer d'affaire avec deux vitesses : en pays accidenté, il est préférable d'en avoir trois. Si l'on se contente de faire en palier de 35 à 40 selon le vent, l'état des routes, les 6 chevaux sont suffisants. Si l'on veut atteindre ou même dépasser le 45, les 9 chevaux sont indispensables. Enfin, si l'on doit utiliser souvent le tonneau facultatif, il vaut mieux avoir 9 chevaux.

D'une façon générale, nos préférences vont à cette dernière, dont la force est plus en rapport avec les idées actuelles. Son allure lui permettra de battre une bonne moitié des voitures rencontrées, ce qui est très humain, sinon très médical. D'ailleurs, on croit toujours aller plus vite que l'on ne va réellement. A la vitesse de 40, il est déjà prudent de ne pas s'endormir.

Les voitures qui seront commandées maintenant pourront être livrées dans 6 semaines. Ceux qui préféreront en voir fonctionner une avant de la commander, devront évidemment escompter une prise de possession plus tardive. Le *Concours* désignera ultérieurement l'heure et le lieu de ce rendez-vous. Personnellement, je réserve très bon accueil à ceux qui, poussant à ses dernières limites la crainte de se tromper, voudront voir la voiture chez moi, en état de fonctionnement quotidien. Cela à partir de Pâques 1904.

Monsieur Léon Buat tient à la disposition de ceux qui lui en demanderont, des notices, plans et dessins, renfermant des renseignements plus complets que les indications ci-dessus un peu sommaires, faute de place. Ces notices permettront de se rendre compte, au point de vue prix, des avantages offerts par notre mutualité.

Une voiturette 6 Hp. de bonne marque coûte actuellement,

Prix du catalogue........................ 4.300.

Prix net (à condition de partager la remise de 10 % faite à l'agent commissionnaire. Tous n'acceptent pas cette combinaison)............ 4.100

Elle est nue : inutilisable, ou à peu près, je l'affirme. Il faut la compléter. Si bien faites que soient les installations supplémentaires, elles ne seront jamais qu'une adaptation. Les voici, au plus juste :

Capote toile et tablier cuir	200
Outillage non livré avec la voiture.......	100
Eclairage, adjonction d'acétylène, remplacement des lanternes à pétrole, qui ne valent généralement rien............	150
Glace avant	60
Divers : chauffage. — volets latéraux, etc.	150
Soit au total..............................	660

Les crises de palpitations, l'angoisse précordiale, et en général les symptômes douloureux sont parmi les phénomènes qui s'atténuent ou disparaissent les premiers.

La tachycardie diminue plus lentement. Il en est de même des sueurs et de la diarrhée.

En somme, au bout d'une quinzaine de jours, il arrive souvent que l'état du malade est transformé du tout au tout.

MEDECINE PRATIQUE

Tuberculose osseuse et articulaire.

Chaque année, nous revenons avec prédilection sur ce sujet toujours palpitant d'intérêt et d'actualité, par sa fréquence et par sa décourageante extension. La lutte est âpre et le duel terrible entre l'humanité et la tuberculose, et malheureusement, on croirait bien souvent que la victoire va rester à l'ennemie toujours implacable, la tuberculose frappe, frappe sans relâche ; nouveau-nés, jeunes enfants, adolescents absolument irresponsables et incapables de se défendre et de se préserver, tout lui est bon pour victime; il n'est pas jusqu'aux vieillards qui ne lui servent de pâture : rien n'est plus navrant pour le médecin homme de cœur que d'assister à ces hécatombes sans merci des innocentes victimes du meurtrier bacille.

La tuberculose frappe avec prédilection les organes vasculaires où la circulation est très active et où le sang oxygéné abonde, d'où sa tendance inévitable à s'installer dans les épiphyses osseuses des enfants ou des adolescents en croissance et dans les synoviales largement vasculaires du genou, du coude, de la hanche, de l'épaule, du cou-de-pied, du poignet, de la colonne vertébrale. Nous allons étudier aujourd'hui, en quelques lignes, l'état actuel de nos connaissances étiologiques, symptomatiques et thérapeutiques sur cette importante question.

I.

Etiologie. — Prophylaxie.

Sont prédisposés à la tuberculose osseuse et articulaire : d'abord, les enfants, les adolescents et les jeunes gens, chez qui l'activité osseuse de croissance est portée au maximum. La richesse de la vascularisation de ces régions, l'intensité du fonctionnement physiologique circulatoire, l'abondance du sang oxygéné et la durée relativement longue de sa stase dans les territoires ostéo-articulaires, favorisent à merveille l'arrêt des colonies bacillaires en circulation et leur germination rapide.

Dans l'âge adulte, l'infection bacillaire ostéo-articulaire est un peu moins fréquente, mais, elle est malheureusement toujours possible, et, de fait, elle se produit encore assez souvent, mais elle frappe, de préférence, les synoviales articulaires où la circulation est plus active que dans les épiphyses osseuses. Chez le vieillard, quoique rare, la tuberculose osseuse et articulaire est encore possible, et, même, son évolution revêt un caractère encore plus grave : la suppuration épuise la malade, et la gangrène est toujours menaçante.

La prédisposition tenant à l'âge du sujet est

---

sans tenir compte des déplacements, de la perte de temps, des frais de toute sorte qu'aura occasionnes cette acquisition, suivie d'une mise au point faite au hasard. Les meilleures de ces voiturettes n'ont que deux vitesses. Par vent debout, en rampe légère, capotes et glaces levées, le moteur de 6 Hp. peine sur la grande vitesse. Il est trop fort, au contraire, pour la petite et la pédale du ralentisseur joue continuellement, au grand détriment de l'allure.

Enfin la carrosserie de ces voiturettes n'ayant pas de plate-forme arrière, n'admet pas de tonneau démontable, et la machine ne peut jamais être utilisée comme voiture de famille. Une simple question de réputation, plus ou moins justifiée, ne peut, à mon avis, compenser utilement ces désavantages et faire oublier la différence de prix.

Je me vois obligé de demander un délai aux quatre-vingt-sept confrères qui m'ont fait l'honneur de m'écrire. Je demande aux plus pressés de bien vouloir se procurer un des prochains numéros de *La Vie automobile*, ancienne *Locomotion* (1). dans lequel ils trouveront, sous ma signature, réponse à la plupart des questions posées. Je ne saurais trop recommander, d'ailleurs, un abonnement à ce journal, dont la collection, toujours instructive, constitue la mise au point la mieux faite des nouveautés intéressantes.

Ceux d'entre nous qui acceptèrent comme un progrès l'auto des débuts, infidèle et bruyant, penseront avec moi, à la fin de cette causerie, devant les voitures actuelles précises et silencieuses, que les néophytes, venus à l'heure propice, sont vraiment des gens heureux.

Dr Coup.

(1) *La Vie automobile* : rédacteur en chef Baudry de Saulnier. 40, quai des Grands-Augustins. Paris. 20 francs par an.

Voici en quelques mots la réponse aux observations courtoises du Dr R. parues dans la petite correspondance du 23 janvier 1904.

a) L'essence à 0 fr. 40 se vend chez tous les épiciers. Pour la payer 0 fr. 35 il faut qu'il y ait concurrence entre ces messieurs, et que le carburant soit pris par fûts entiers.

b) Deux mille kilomètres pour une batterie de piles, c'est bien peu, c'est ce qui me fait dire qu'elles ne sont pas économiques.—Quatre accus, servant deux par deux une quinzaine, rechargés soit par le médecin lui-même, soit par un tableau d'électricité quelconque, peuvent durer indéfiniment.

Voici maintenant le côté théorique de la question.

Indépendamment de la magnéto, les systèmes d'allumage se réduisent à trois.

1° Allumage par étincelle d'arrachement type Aster. Le bossage de la came est, à la pointe, du vingtième environ de la circonférence moteur supposé tournant à 1200 tours, soit 600 pour la came. Durée du contact des platines = à trois secondes par minute. — Etincelle unique à la bougie, se produisant toujours pourvu qu'il y ait contact et rupture. Il n'y a pas de vibration. Il n'y a, par conséquent pas de self-induction. La source d'électricité se vide à peu près en court-circuit, et cette vidange serait désastreuse pour elle si les contacts étaient prolongés. Les contacts étant très courts, il est préférable de se servir d'accus qui fournissent une

en somme, relativement peu importante, puisque tout le monde peut être atteint à n'importe quel âge.

Plus directe est, évidemment, la prédisposition tenant au terrain que crée la constitution physiologique et l'hérédité. Tour à tour soutenue, puis niée, l'influence de l'hérédité paraît néanmoins bien indiscutable. Que ce soit la composition du plasma sanguin, la constitution protoplasmique ou nucléaire des cellules provenant de générateurs tuberculeux, que ce soit la contagion par la respiration ou par les ingesta sous le toit familial déjà contaminé, le sujet est un candidat et un candidat sérieux à la tuberculose n'attendant, pour ainsi dire, qu'une occasion favorable, c'est-à-dire une cause occasionnelle fortuite, une chute, un choc, un traumatisme quelconque.

Les contusions osseuses ou articulaires, même légères, sont, en effet, les causes occasionnelles les plus habituelles des localisations osseuses ou articulaires de la tuberculose. Aussi, devra-t-on toujours surveiller de près et soigner énergiquement les simples contusions des membres ou des jointures, les foulures, les entorses, les chutes, particulièrement chez les enfants en croissance.

C'est en somme, la véritable manière dont on doit envisager la prophylaxie de la tuberculose ostéo-articulaire. Bien soigner les manifestations locales des traumatismes osseux et articulaires et soutenir l'état général ; le premier désidératum est rempli par une application de sangsues ou de ventouses scarifiées LOCO DOLENTI, après le traumatisme ; le repos et le massage consécutifs sont souvent nécessaires, quand il s'agit des articulations du membre inférieur ; le second désidératum nécessite l'emploi d'huile de foie de morue, de phosphates ou d'hypophosphites, de cacodylates, etc.

Combien d'entorses négligées, ou même trop mollement soignées ! Combien de contusions des genoux, des coudes, des hanches ont ainsi lamentablement abouti à la tuberculose tibio-tarsienne, fémoro-tibiale, huméro cubitale, coxo-fémorale ! Ne nous hâtons donc jamais de proclamer guéries les blessures ostéo-articulaires, même légères, en apparence ; tout dépend du terrain du blessé et du milieu où il vit. Un sujet qui s'imprègne tous les jours de tuberculose, au contact d'un parent tuberculeux, ou dans une habitation où a séjourné un tuberculeux, et qui crée dans son organisme un *locus minoris resistentiæ* par le fait d'une entorse ou d'une contusion ostéo-articulaire, peut parfaitement faire en quelques semaines de la tuberculose osseuse ou articulaire, au même titre qu'un autre sujet fera de la méningite ou de la bacillose ganglionnaire. Attention, donc, au terrain du blessé, et, en même temps, au milieu où il habite ; c'est par ces fissures que pénètrera la tuberculose chez le blessé qu'on croyait atteint légèrement d'une entorse, d'une hydarthrose ou d'une simple contusion.

II

SYMPTÔMES.

Lorsqu'un traumatisme osseux ou articulaire reste indéfiniment douloureux et œdématié, lorsque le blessé se plaint d'y ressentir des élancements plus ou moins périodiques et récidivants, on peut soupçonner le début d'une tuberculose osseuse ou articulaire. L'exploration s'impose immédiatement et un examen approfondi est nécessaire.

---

décharge beaucoup plus brusque que celle des piles. Il est vrai de dire que les enroulements spéciaux de la bobine Aster (carrée) remédient très bien à l'inconvénient signalé de la décharge en court-circuit.

2° Allumage par étincelle de vibration.

a) Trembleur sur la came, type de Dion.

Au repos, le trembleur ne touche pas la vis platinée. Chaque passage de l'encoche est marqué par une série de vibrations du trembleur.

L'onde en retour, force contre électro-motrice, self-induction, empêche ou modère la décharge en court-circuit. Dépense d'électricité presque nulle. Possibilité de se servir de piles qui peuvent théoriquement fournir 6000 kil. Mais la mise en route demande une vitesse de rotation du moteur qu'il ne possède pas généralement au début. Et presque jamais les trembleurs de Dion ne sont réglés ainsi.

Ils sont presque toujours au contact. Nous retombons dans les conditions de l'allumage Aster. Et cela explique que le Dr R., qui possède probablement une bobine ronde, voie ses piles épuisées après 2000 kil. alors qu'elles n'ont fourni que la moitié de leur vie normale et le tiers de leur vie théorique.

b) Trembleur sur la bobine ou dans le circuit (auto-trembleur).

c) Le nombre de vibrations du trembleur ne peut excéder 140 par seconde. Des considérations très simples, mais trop longues, nous montreraient, que, dans ces conditions, l'allumage ne se produit pas pour un moteur tournant au-dessus de 1200 tours.

b) Auto-trembleur. Le vibreur, ainsi installé, donne environ 400 vibrations par seconde. L'ordre des ruptures étant du 10e de seconde (moteur à 1200 tours), on voit qu'il y a toujours au moins 4 vibrations par rupture et que ce système pourrait allumer sans ratés des moteurs tournant à près de 5000 tours. Mais si on se sert de la came de Dion, le trembleur doit tomber presque au fond de l'encoche. Son élasticité est très surmenée. Il peut se produire des ruptures, surtout à l'attache. Il est donc préférable d'avoir une came spéciale.

En résumé, le schéma d'un allumage électrique bien installé serait le suivant :

— Source : accumulateurs.
— Bobine : ronde ou carrée, mais bonne.
— Auto-trembleur.
— Came à bossage : lame de contact à roulettes ou à glissement. (Lacoste ou Boiron).

Je dois faire observer :

a) Que certaines bobines, dont le retour de masse est mal établi, donnent une éclatante étincelle de rupture, diminuant beaucoup la valeur de l'induit : cela peut se produire également si les contacts à la masse sont sales ou se font par l'intermédiaire de métaux différents (aluminium et fer oxydé).

b) Que l'auto-trembleur se dérègle parfois à cause justement de son extrême sensibilité.

Dr COUP.

La région est plus ou moins violacée et de multiples veinules sillonnent la peau qui est plus ou moins lisse et tendue. La palpation méthodique des extrémités osseuses, des culs de sac synoviaux, des cartilages et fibro-cartilages interarticulaires montre que certains points sont très douloureux et d'une consistance nettement rénitente. Les tissus sont infiltrés, œdématiés et plus ou moins ramollis par places. Dans les culs-de-sac synoviaux, un léger épanchement se fait presque toujours et contribue à augmenter le volume de l'article qui prend bientôt une forme globuleuse, caractéristique de la tumeur blanche.

Les douleurs ressenties par le malade sont aussi fréquentes la nuit que le jour ; le repos, loin de les calmer, les exaspère souvent ; seule, l'immobilisation les calme, mais à condition d'être absolue, et assurée par un appareil inamovible.

Nous n'insisterons pas sur les suites et l'évolution des tuberculoses osseuses et articulaires qui, à la longue, aboutissent à la suppuration, aux abcès migrateurs ou, par congestion, aux ouvertures cutanées et aux fistules, aux périostites et aux nécroses ostéo-cartilagineuses, aux séquestres et aux éliminations nécrobiotiques. Ce que nous tenons surtout à bien mettre en relief, c'est le début insidieux de cette grave localisation de la tuberculose, qui vient s'installer sans fracas, presque comme une suite naturelle, après un traumatisme relativement léger.

Il faut toujours se méfier des contusions, des entorses, des hydarthroses, qui traînent plusieurs semaines, sans modifications. La persistance des douleurs, des gonflements, des troubles fonctionnels, de l'atrophie musculaire dans un membre traumatisé, surtout si le sujet est chétif, blond vénitien, ou simplement hérédo-tuberculeux, doit faire penser à la présence du bacille de Koch dans la région en question.

III.

TRAITEMENT.

Le simple soupçon de la possibilité de la tuberculose au début dans un os ou dans une articulation doit immédiatement fournir l'indication d'appliquer le traitement anti-tuberculeux.

La première condition à remplir, c'est le changement immédiat des conditions de vie et de milieu où se trouve le malade. Il faut, avant tout, le soustraire à l'habitation, à la profession, aux habitudes familiales où il se débat sans espoir sérieux de rétablissement. La suspension de tout travail s'impose ; le repos absolu dans une chambre située au midi est indispensable et, ce qui est mieux encore, quand cela est compatible avec la situation sociale du malade, le transport d'urgence au bord de la mer, quelle que soit l'époque de l'année. Le choix du climat marin est certainement fort important, surtout, quand il s'agit d'aller s'y soumettre l'hiver ou au printemps ; d'ailleurs, même l'été, les plages souvent balayées par le vent peuvent présenter le grave danger d'être défavorables pour les bronches, pour les yeux, pour les affections cutanées.

Il est donc utile de faire un choix judicieux de la station maritime où l'on adressera le malade et, dans ce but, on fera bien de consulter les données des auteurs bien au courant de la question. Trop souvent, on se laisse guider par des considérations de peu d'importance (commodité des communications, rapidité des trains, rapprochement de Paris) : en d'autres termes, on s'adresse trop à Berck, au Tréport, à Boulogne, au Havre, etc., toutes plages agréables pour les villégiatures, mais mal disposées pour les cures de tuberculose osseuse et articulaire. Ce sont les baies de la Bretagne qui conviennent le mieux, pour la douceur et la régularité de leur climat : Saint-Malo, Saint-Servan, Dinard, Lannion, Roscoff, etc.. qui réalisent les plus parfaites conditions d'hygiène et de cure marines. Et pourquoi le taire, puisque tel est, sans partialité, notre sentiment ! l'établissement que patronne le « Concours », à Saint Servan « *Les Corbières* », réalise à merveille et avec le maximum de perfection actuelle les conditions les plus favorables à un bon traitement curatif de cette tuberculose ostéo-articulaire, qui nous occupe. Donc, 1[re] condition du traitement : changement de milieu familial du malade et séjour au bord de la mer.

Combien durera ce séjour ? Au minimum, TROIS MOIS ; c'est impossible que la cure soit obtenue en moins de temps et surtout qu'elle soit durable. Trop de personnes se figurent qu'en allant passer six ou huit semaines à la mer, elles obtiendront un résultat sérieux ; c'est une illusion qu'il faut absolument détruire, car elle est grosse de déceptions et de regrets stériles.

Le malade étant dans de bonnes conditions de milieu, on applique le traitement diététique alimentaire, quatre repas par jour, nourriture substantielle et fortifiante, viande crue, jaunes d'œufs, purées de légumes, viandes rôties, poissons frits, pâtes alimentaires.

Le traitement local consiste en révulsion périodique tous les dix jours au moyen des pointes de feu, application de pommade mercurielle à l'emplâtre de savon, compression ouatée, demi-immobilisation, avec persévérance.

Quand les lésions ont progressé malgré le traitement local, on applique le procédé préconisé récemment par M. le Dr VILLEMIN, de Paris, injections iodoformées intra-articulaires et injections sclérogènes de chlorure de zinc (voir *Concours médical*, n° 8, page 115).

Paul HUGUENIN.

REVUE DE LA PRESSE ETRANGÈRE

La thyroïdite aiguë, complication des angines.

La thyroïdite aiguë ou inflammation aiguë de la glande thyroïde normale peut compliquer les maladies les plus diverses, mais plus particulièrement les affections septiques : fièvre typhoïde, pneumonie. Dans la plupart des cas, il se produit de la suppuration, et l'on retrouve dans l'abcès soit une culture pure du microbe spécifique, soit une association microbienne.

Lublinski rapporte plusieurs cas de thyroïdite aiguë, consécutive à une angine (*Berl. Klin. Woch.* 1903, n° 41). Dans ces conditions, il n'y eut jamais suppuration ; l'inflammation disparut sans laisser de traces, mais la tuméfaction persista parfois durant deux années.

Voici quelle est généralement l'évolution clinique de l'affection. C'est une angine d'intensité

★

moyenne ; la fièvre est modérée, ne dépassant pas 39°. Brusquement, à la période de dégénérescence,se manifeste une nouvelle poussée thermique (38°-38° 5), puis apparaît une tuméfaction douloureuse de la glande thyroïde tout entière, ou d'un de ses lobes. La peau n'est pas rouge. Parfois la tuméfaction occasionne une dyspnée légère ; la dysphagie n'offre pas plus d'intensité que dans l'angine banale.

Toutefois le pouls est accéléré, même après la défervescence qui s'opère généralement au bout d'un ou deux jours. La tuméfaction inflammatoire disparaît dans l'espace de quinze jours à deux mois.

Il existe une corrélation certaine entre l'angine et la thyroïdite. C'est ainsi qu'un malade de Lublinski, qui vit son angine récidiver six mois après la guérison, présenta également à cette occasion une nouvelle poussée de thyroïdite.

Lorsque la glande était normale avant l'angine, le pronostic peut être considéré comme bénin. Il n'en est plus de même dans le cas de goître. L'affection peut nécessiter une intervention chirurgicale.

Comme traitement, Lublinski recommande la glace intus et extra, jusqu'à disparition de la fièvre et de la douleur. Il prescrit ensuite une pommade iodée pour achever la résorption. Si l'angine est considérée comme rhumatismale, on emploie le salicylate de soude.

Sur les injections épidurales dans les affections de la vessie.

C'est en avril 1902, que Cathelin inaugura à l'hôpital Necker la méthode des injections épidurales, dérivant du procédé subdural de Corning-Bier.

Elle permet d'agir sur les racines rachidiennes, sans léser la moelle. En érignant la dure-mère sur une coupe verticale de la colonne vertébrale, on met facilement en évidence un espace où sont étagées les racines rachidiennes dans toute la hauteur de la colonne cervico-dorso-lombaire. C'est dans cet espace épidural qu'il faut injecter. Il est possible d'y introduire une quantité de liquide assez grande pour traumatiser toutes les racines rachidiennes et les inhiber ; le choc ainsi produit se répercute sur les centres médullaires correspondants, et détermine des changements d'équilibre moléculaire, modifiant le sens et la qualité de l'influx nerveux. Ces explications données par Cathelin sont purement théoriques et hypothétiques.

Bien que cette méthode soit récente, nombreuses sont déjà ses applications thérapeutiques : injections épidurales de glycérine iodoformée dans la pachyméningite tuberculeuse, de benzoate de mercure dans la myélite syphilitique, de cocaïne dans la sciatique et le lumbago. Des essais ont été également tentés dans les arthralgies, les névralgies intercostales, les crises tabétiques, les coliques de plomb.

Dans les affections des voies urinaires, telles que les uréthrites, les cystites, la méthode épidurale n'amène qu'un soulagement passager. Les meilleurs résultats sont obtenus dans l'incontinence nocturne des enfants, et parfois aussi dans la rétention, la polyurie psychopathique, l'impuissance, etc.

Dans l'incontinence nocturne, Cathelin obtient 75 pour cent de guérisons. La méthode des injections épidurales a donné également de bons résultats entre les mains de Kapamer et de Preindlsberger (*Wien. Méd. Woch.*, 1903 — N° 46). Cette variété d'incontinence, ordinairement rebelle au traitement diététique,médicamenteux ou mécanique, a pu disparaître dans un grand nombre de cas, grâce aux injections épidurales de solution saline physiologique.

Sur l'albuminurie cyclique ou orthostatique.

Depuis les recherches de Leube, nous savons que l'on peut trouver de l'albumine, même en assez grande quantité, dans les urines de personnes qui ne présentent aucune altération apparente des reins. Les cas de ce genre sont assez nombreux, bien qu'on ne prononce le mot d'albuminurie que pour l'albumine décelée au moyen des réactifs ordinaires. Mais, particularité intéressante, certaines urines peuvent dans ces conditions n'être albumineuses que d'une manière intermittente, c'est l'albuminurie cyclique, qui devient orthostatique si elle ne se manifeste que dans la position debout (Heubner).

Cette albuminurie orthostatique, dont le prototype est l'albuminurie de la puberté, n'est pas physiologique ; elle témoigne, dit Jacobson, d'antécédents héréditaires nerveux, et démontre que l'organisme se fatigue et s'épuise facilement. Son intermittence, ou mieux sa disparition, alors que le patient a gardé pendant un certain temps la position horizontale, permet de la distinguer de l'albuminurie rénale. (Jacobson, *Berl. Klin. Woch*, 1903, n° 40.)

A la vérité, les données étiologiques que nous possédons actuellement au sujet de cette affection sont encore à l'état d'hypothèses ; il n'en existe pas encore de démonstration anatomique. Quoique certains auteurs considèrent malgré tout cette albuminurie comme physiologique, il semble préférable d'en faire une manifestation pathologique, et même de la considérer comme résultant d'un trouble fonctionnel des reins (Hauser, *Berl. Klin. Woch.*, 1903, n° 50), car l'hérédité nerveuse ne suffit pas à l'expliquer.

Il existe deux variétés d'albuminuries orthostatiques : dans les unes, les urines renferment des cylindres et d'autres éléments figurés : en pareils cas, il s'agit indubitablement d'une néphrite ; dans les autres, les urines sont simplement albumineuses, sans éléments figurés, et depuis les travaux de Senator on sait qu'il y a également néphrite dans ces conditions.

C'est là une théorie qui est encore l'objet de controverses. Mais le plus souvent on trouve dans les anamnestiques de ces malades, qui présentent une albuminurie orthostatique sans desquamation rénale, soit une maladie infectieuse, soit une néphrite aiguë. Souvent Hauser a vu cette affection succéder directement à une néphrite aiguë plus ou moins grave, qui, malgré un traitement approprié, n'arrivait pas à complète guérison : les éléments figurés disparaissaient dans l'urine, mais l'albuminurie intermittente persistait. Quand il n'est pas possible d'établir d'une manière certaine l'existence antérieure d'une néphrite, on parvient facilement à établir que depuis sa dernière maladie infec-

tieuse l'enfant ne s'est jamais complètement remis, qu'il souffre de céphalée, que depuis lors il est pâle et sans forces.

Et de plus, chez ces malades, la moindre infection nouvelle, si bénigne soit-elle. fût-ce une simple angine, augmente aussitôt l'albuminurie, fait apparaître dans l'urine des éléments figurés ; ce qui démontre encore la corrélation qui existe entre ces affections et les maladies infectieuses.

L'observation clinique prouve enfin qu'il existe parfois des néphrites, pour lesquelles on ne peut découvrir dans les urines ni des cylindres, ni même de l'albumine.

En outre l'aspect clinique des enfants atteints d'albuminurie orthostatique rappelle en tous points celui des brightiques. Ce sont exceptionnellement des sujets robustes, au teint frais et rose, n'éprouvant aucun phénomène subjectif. Généralement ils sont pâles, anémiés, fatigués, tristes, incapables de toute activité intellectuelle ou physique, et souffrent de maux de tête.

Quel *traitement* faut-il opposer à l'albuminurie cyclique ?

Hauser estime qu'il est bon de commencer par une cure de repos, pendant laquelle on défend tous les aliments qui peuvent avoir une action irritante sur l'épithélium rénal : alcool, viandes fumées, salées, marinées, etc. On prescrit un régime lacté et végétal, qui d'ailleurs convient très bien aux enfants, victimes ordinaires de cette affection : ils engraissent, leur état général s'améliore ; leurs douleurs de tête disparaissent rapidement.

Quand depuis quelques semaines déjà, l'urine a cessé d'être albumineuse, on permet les œufs, puis les viandes blanches, bouillies d'abord, rôties ensuite, les viandes noires enfin.

Il est à remarquer que l'albuminurie s'accompagne d'une forte élimination d'urée et d'acide urique ; aussi les cures d'eau de Carlsbad, l'usage continuel d'eaux alcalines (Vichy) produisent-elles de bons résultats : la diurèse augmente ; les urines deviennent moins denses. Ce lavage des reins est d'ailleurs indiqué dans toutes les formes de néphrite.

Le côté original de la thérapeutique inaugurée par Hauser, consiste à habituer au travail du corps ce rein, qui, ordinairement, réagissait par de l'albuminurie au moindre travail physique. Aussitôt que l'albumine a disparu depuis huit jours, grâce à la diète lactée absolue, ainsi qu'au repos complet au lit, le malade commence à passer quelques heures de la journée sur une chaise longue, puis dans un fauteuil. Si les urines restent normales, on lui permet d'effectuer dans sa chambre un nombre de pas qui va en augmentant ; puis il monte des escaliers, et fait enfin des promenades graduées en plein air. Hauser ne règle pas l'action des bras et des mains, puisqu'elle ne semble avoir aucune influence sur l'apparition de l'albumine.

Si, au cours de cette progression, on notait à nouveau de l'albuminurie, on reviendrait à un exercice moins fatigant, pour recommencer ensuite les mouvements plus compliqués. On observe ainsi que les reins, après avoir réagi tout d'abord à un travail donné, finissaient par s'y habituer.

L'examen des urines était fréquemment répété à toutes les heures de la journée, même longtemps après que le malade paraissait guéri ; il en était de même après tout travail excessif et inaccoutumé. La chose est nécessaire, car les récidives sont malheureusement fréquentes.

Les résultats de cette thérapeutique furent excellents, même dans des cas anciens, pour lesquels d'autres méthodes de traitement avaient échoué.

Certains facteurs, dont l'influence sur l'albuminurie est certaine, ne doivent pas moins être négligés : ce sont les travaux intellectuels, la menstruation, la constipation rebelle.

Il est absolument nécessaire de traiter sérieusement l'albuminurie orthostatique ; si quelques auteurs prétendent qu'elle disparaît spontanément dans la majorité des cas, il n'en est pas moins vrai qu'abandonnée à elle-même, ses conséquences peuvent devenir très graves : anémie, céphalée, migraine, éclampsie au moment de la gestation.

Le pronostic de cette affection doit être réservé : dans certains cas, en effet, un traitement sérieux et rationnel ne peut faire disparaître l'albuminurie orthostatique ; il en est ainsi, quand, par exemple, celle-ci possède pour substratum une altération chronique et incurable du parenchyme rénal.

Valeur thérapeutique de la ponction lombaire de Quincke.

Dans la *méningite cérébrospinale*, la ponction lombaire semble avoir une action particulièrement calmante. Chez un malade dont l'affection se compliquait d'une otite, l'ouverture de l'abcès n'avait amené qu'une amélioration passagère ; deux ponctions, l'une de 1 cm, l'autre de 15 cm. firent disparaître les douleurs de la nuque et des reins, ainsi que la fièvre ; pendant sept jours l'état général fut excellent ; enfin une nouvelle ponction de 39 cm. amena la guérison complète au bout de six semaines. Dans un autre cas, la même opération (35 cm.) fut dès le lendemain suivie d'un effet remarquable ; le rétablissement du patient s'acheva rapidement.

Dans les *méningites aiguës*, on peut chaque jour faire sans inconvénient une ponction lombaire, jusqu'à ce que le liquide retiré soit devenu normal (microscope et cultures). Il en serait de même pour les *abcès du cerveau*, difficilement abordables, ou pas commodes à localiser.

Cette pratique permet de lutter contre cette pression augmentée, qui influe sur la circulation du cerveau, et détermine les douleurs ; elle élimine en outre des substances nocives : pus, bactéries. toxines. Il est quelquefois bon de remplacer le liquide retiré, par une solution saline stérilisée, au titre de 9 pour mille, après l'avoir portée à la température du corps ; on peut en injecter jusqu'à 30 centimètres cubes. S'il pénètre une petite quantité d'air dans le canal rachidien, celui-ci se trouve vite résorbé, et l'accident n'est pas grave. Dans les méningites, il ne faudra naturellement pas négliger le traitement ordinaire : bains chauds, frictions ou injections intraveineuses de collargol. La ponction lombaire s'applique aux méningites séreuses comme aux méningites purulentes ; quand l'affection est de nature tuberculeuse, elle peut amender certains symptômes : céphalée, vomis-

sements, nystagmus, convulsions, coma (statistique de vingt cas). Rocaz aurait même observé une guérison. Dans ces conditions la ponction lombaire est d'autant plus utile qu'elle peut confirmer le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Cette opération est également très recommandée pour calmer les douleurs du tabes (douleurs lancinantes, céphalée, crises gastriques, vomissements), qui résistent souvent à la morphine (15 observations de Donath, 30 observations de Debove) ; on retire environ 20 centimètres cubes de liquide.

La ponction de Quincke ne guérit pas l'épilepsie congénitale ; mais elle peut diminuer le nombre des attaques, amoindrir leur intensité. Donath l'a employée avec succès dans la chorée, le torticolis spasmodique, l'hyperémie cérébrale. (*Wien. Med. Woch.*, 1903, n° 49.)

Il est à remarquer toutefois qu'il ne faut pas soustraire de grandes quantités de liquide dans l'artério-sclérose, pour éviter des hémorrhagies, ni permettre un écoulement trop rapide dans les cas de tumeur cérébrale.

A quel moment faut-il opérer la pérityphlite ?

Si la question du traitement de la pérityphlite se pose de la sorte à l'heure actuelle, c'est que l'accord est près de se faire entre chirurgiens et médecins. Ceux qui déconseillent, en effet, l'opération à un moment donné, ne la refusent pas un peu plus tard, quand une amélioration s'est produite et que le malade peut supporter une intervention avec des chances de succès plus grandes. Les médecins les plus expérimentés ont observé dans leur clientèle bien des cas, qui ne rentraient pas dans ces 96 % de pérityphlites guérissant spontanément dont on a tant parlé ; aussi s'efforcent-ils d'acquérir pour leurs malades le plus de chances possible, fût-ce au prix d'une intervention.

Mais les avis sont encore partagés, quand il s'agit de choisir le moment de l'opération ; les plus sages ne veulent pas de règle absolue ; leur décision varie à propos de chaque cas de la maladie ; d'autres, interventionnistes de la première heure, opèrent la pérityphlite aussitôt que la diagnostic est posé, dès le premier stade de l'affection, avant la perforation de l'appendice.

Leurs principes sont peut-être excellents ; mais il faut bien se rendre compte de toutes les difficultés que rencontre l'application de cette règle dans la pratique. Sans parler de facteurs indépendants de la maladie elle-même (éloignement du patient, instruments, aides, etc.), il est parfois difficile de préciser le moment du début : l'affection, souvent insidieuse, peut se révéler d'emblée par l'ouverture d'un abcès dans le péritoine, et l'opération, si précoce soit-elle, est encore trop tardive.

Chez la femme, le diagnostic différentiel entre une pérityphlite et une lésion annexielle est quelquefois chose délicate, et malgré la possibilité d'une pérityphlite, le gynécologue ne se hâtera pas d'opérer une salpingite.

Opérer une pérityphlite à son premier stade est donc chose difficile, et, si l'on excepte les cas pour lesquels les indications se précisent et s'accentuent par leurs caractères de gravité et d'urgence, il est préférable pour le malade de n'intervenir qu'au moment où le pus est formé. C'est du moins l'opinion émise par un allemand, le docteur Jaffé, qui se base sur une longue expérience clinique (*Berl. Klin. Woch.*, 1903, n° 50).

Dans ces conditions, l'opération, dit-il, est exempte de dangers pour le malade ; le chirurgien trouve plus facilement l'abcès ; il peut à son aise explorer la cavité péritonéale pour rechercher les autres foyers de rétention, et de la sorte éviter des récidives, des opérations secondaires.

La myosite dans l'infection gonorrhéique.

La myosite gonococcique se range au nombre des complications rares de la blennorrhagie. Comme on le sait, cette affection présente deux variétés ; elle est symptomatique quand elle apparaît comme conséquence naturelle de l'infection gonococcique d'un autre organe. Idiopathique, elle résulte d'une prolifération microbienne dans le tissu musculaire lui-même.

La myosite symptomatique peut être consécutive à une altération spécifique soit du système nerveux central, de la moelle ou des méninges, soit des nerfs périphériques (névrites, polynévrites). Elle comprend encore les atrophies musculaires qui se produisent au voisinage des articulations devenues le siège d'arthrites gonococciques. En pareil cas, on ne trouve aucune altération, soit macroscopique, soit microscopique dans le système nerveux central ou périphérique ; la réaction électrique démontre que la lésion siège dans le tissu musculaire lui-même, qui, sous le microscope, présente une légère atrophie de ses faisceaux.

L'atrophie musculaire juxta articulaire constitue la forme la plus fréquente de la myosite symptomatique : c'est une atrophie produite par voie réflexe d'après la théorie de Vulpian. Cliniquement, voici comment elle se présente : quelques jours, et le plus souvent quelques mois après une arthrite, dont il est souvent impossible de préciser la nature, les muscles voisins de l'articulation, les extenseurs plus particulièrement, commençent à s'atrophier. Peu à peu la lésion s'étend et se généralise à tous les groupes musculaires, mais elle ne disparaît pas, quand l'arthrite guérit. A l'atrophie fait suite une parésie, ou plus ordinairement une paralysie flasque. L'atrophie elle-même est simple : diminution de l'excitabilité faradique et galvanique, sans réaction de dégénérescence. Parfois on note aussi des troubles de la sensibilité. L'affection apparaît généralement chez les individus jeunes : mais son intensité n'est pas en rapport à celle de l'arthrite.

Tel est le type le plus habituel de la myosite symptomatique.

Plus intéressantes et plus rares sont les myosites idiopathiques ; le gonocoque de Neisser se développe dans le tissu musculaire lui-même. Samberger en rapporte une observation tout à fait caractéristique.

Il s'agissait d'un homme âgé de 35 ans, qui depuis deux mois souffrait d'une blennorrhagie ; ses urines renfermaient des gonocoques et des filaments. Dans le cours de sa maladie, i

avait présenté une arthrite gonococcique du genou, puis brusquement avait ressenti de violentes douleurs dans le bras. A l'examen on pouvait découvrir au niveau de la ligne axillaire postérieure une tumeur intra-musculaire, grosse comme une noix ; celle-ci augmenta peu à peu les jours suivants. Comme l'affection s'accompagnait de fièvre et de douleurs intenses, l'auteur se décida à inciser la tumeur. Il s'en écoula un liquide séro-purulent, dans lequel l'examen direct et les cultures démontrèrent l'existence de nombreux gonocoques ; un fragment de tissu musculaire excisé permit de faire les mêmes constatations. (*M. Wod. Woch.*, 1903, nº 38.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les écoles préparatoires du corps de santé de la marine.

Le Dr de Lavarenne vient de publier dans la *Presse médicale*, dont il est secrétaire général, une série de chroniques sur les Ecoles préparatoires du corps de santé de la marine.

Que ces écoles soient devenues absolument inutiles, depuis la création de l'école de Bordeaux, c'est un point que l'on peut tout d'abord discuter. Bordeaux est peut-être à peu près aussi en peine que Paris de fournir à ses étudiants le nombre de sujets voulus pour leur apprendre l'anatomie autrement qu'en imagination, et il est bon de remarquer que les hôpitaux de nos grands ports militaires, par rapport au nombre des élèves à instruire, en sont abondamment pourvus. C'est une considération capitale qui aura sa valeur jusqu'au jour où l'on admettra la concentration sur les facultés des cadavres non réclamés, comme on y concentre actuellement les conscrits de la profession médicale, au grand dam de cette instruction première dans laquelle l'anatomie tiendra toujours la plus grande place. Ce n'est pas tout : ces hôpitaux des ports possèdent, non seulement des amphithéâtres relativement spacieux, où les sujets ne manquent pas, mais des laboratoires de physique et de chimie bien pourvus et qui servent, non seulement à l'instruction des étudiants, mais à la défense des intérêts divers de la flotte. Je ne sache pas que notre trésor de guerre puisse s'enfler sensiblement des économies que réaliserait la liquidation de ce matériel. même à Paris : si la presse s'est dernièrement disputé, à prix d'or, la tente de Marchand, au bric à brac de la marine, il est douteux qu'elle soit disposée aux mêmes sacrifices pour exposer à ses vitrines les tables d'amphithéâtre de Brest ou les bocaux de Toulon. Quant aux économies que pourrait réaliser le budget annuel en supprimant les allocations ridicules attribuées, à titre d'indemnité, aux médecins faisant, dans les écoles préparatoires, l'office de professeurs, M. de Lavarenne lui-même en a fait le compte ; je n'insiste pas.

Un ancien interne des hôpitaux de Paris, actuellement fixé à Toulon, a fait connaître au Dr de Lavarenne, dans une lettre que ce dernier reproduit presque *in extenso*, ses idées sur la question. Faut-il être de son avis quand il reproche aux médecins de la marine en activité de faire de la clientèle ?

C'est un droit absolu (que d'aucuns semblent ignorer) pour tout médecin militaire pourvu d'un diplôme de docteur ; mais ce droit est tempéré, bien entendu, par la volonté du commandement, toujours libre de déplacer un médecin militaire trop couru, et, singulièrement plus encore, par les devoirs officiels qui leur incombent. Donc l'abus seul est critiquable et justement combattu par les syndicats médicaux.

Il faudrait cependant être équitable : avant que les internes des hôpitaux de Paris fussent allés diffuser dans les ports la science incontestée de leurs maîtres, les populations maritimes, souvent dépourvues de médecins qui voulussent faire de la chirurgie, n'étaient pas fâchées de bénéficier des traditions et des tendances de ces écoles de la marine qui, au début, ne furent que des écoles de chirurgie et se glorifient de compter parmi leurs premiers membres des hommes tels que Récamier et Larrey.

Je sais bien que, depuis la suppression des écoles de plein exercice des ports et l'avènement de l'école de Bordeaux, on est presqu'obligé, à l'heure actuelle, d'imposer d'office des services de chirurgie que naguère l'on se disputait. Mais ce que je sais aussi, c'est que, dans certains ports ou villes de l'intérieur, les médecins militaires peuvent se trouver encore dans l'alternative de passer pour des alcooliques et des fainéants ou de faire profiter le public de leur savoir chirurgical. (C'est encore beaucoup plus vrai, et ce le sera plus longtemps encore pour la France d'outre-mer).

J'ajouterai qu'en pareil cas, nous ne pouvons nous plaindre, au point de vue des intérêts généraux de la profession, qu'ils se fassent convenablement honorer et que, par contre, nous devons trouver mauvais qu'un bon nombre d'entre eux ne paient pas patente.

Mais ce dont je m'indigne également, sans hésiter, c'est du jugement *ad hominem*, parfaitement injuste et inconvenant, porté par ce jeune interne sur des confrères avec lesquels il est en concurrence, eût-il cent fois raison de leur dénier le droit de le concurrencer. Lisez plutôt : « Les étudiants prennent dans ces écoles, dès le début de leurs études, l'esprit de corps ; ils ont des professeurs très inférieurs à ceux qu'ils auraient dans les Facultés de médecine ; ils étudient dans des livres surannés et, de plus, ils vivent dans un milieu très corrompu et beaucoup fument plus l'opium qu'ils ne travaillent ».

Que dites-vous de ce procédé de polémique ?

Je puis affirmer qu'il y a quelque trente ans (et cet état de choses ne peut avoir changé), grâce au nombre des sujets, à la discipline des cours, au zèle des maîtres dressés par cet illustre Marcellin Duval, dont Farabeuf, de son propre aveu, s'est tant de fois inspiré, il n'était pas un seul étudiant de ces écoles qui, au bout de sa deuxième année, ne possédât à fond et pratiquement son anatomie. Quelques-uns, se fiant avant tout au grand livre de la nature, étudiaient, il est vrai, dans des bouquins sans images : je souhaite aux étudiants actuels de Bordeaux et de Paris d'en faire autant. La physique et la chimie est enseignée par les pharmaciens de la marine : je n'en ai pas connu un seul, même dans les grades inférieurs, qui ne fût remarquablement instruit en ces deux sciences dites accessoires, et qui, démissionnant, n'ait pu en faire facilement la preuve dans la vie civile. Je

m'arrête, quand ce ne serait que par déférence envers ceux pour lesquels j'élève la voix.... sans y avoir été d'ailleurs convié. Si je dois, pour ma part, les trois quarts de mon instruction actuelle à ces maîtres parisiens, si accueillants, si actifs, si dévoués et qui seraient, sans comparaison possible, les premiers du monde entier, si eux aussi, suffisamment rétribués par l'Etat, se bornaient à leur tâche officielle, je ne saurais oublier que, si j'ai pu profiter de leur enseignement, c'est que, précisément, j'avais subi au cours de ma jeunesse, dans ces écoles encore tant décriées, bien qu'actuellement réduites au rôle d'écoles préparatoires, la préparation voulue. Pour ce qui est de l'Ecole d'application de Toulon, sans doute rêve-t-on de la remplacer par quelque Institut colonial où l'apparition d'un cas de *maladie du sommeil* suffit à réveiller tous les échos du Landerneau médical, et qui, manquant peut-être aussi bien d'auditeurs que de malades, me paraît surtout destiné à instituer quelques sinécures nouvelles au profit de quiconque, ayant seulement traversé la Manche, aura l'appui du gouvernement (je ne dis pas de la Faculté, car ce n'est plus la Faculté qui nomme ses professeurs).

Pour ce qui est du terme « très corrompu » appliqué au milieu dans lequel vivent les étudiants des écoles préparatoires de la marine, peut-être faudrait-il se borner à en rire et à faire observer que, si les cafés de Toulon ne manquent certainement pas de ces petites dames dont les allures faciles ont si fort impressionné le correspondant de la *Presse médicale*, sans doute sa pudeur n'a-t-elle pas été plus en sûreté au quartier latin, voire dans ces bals de l'Internat où sont distribués des prix d'encouragement aux nudités les plus callipyges. Mais je ne puis m'empêcher d'adresser en passant un salut à ces corrompus, parmi lesquels je compte encore tant d'amis dont je suis fier, qui ont une si haute idée non seulement de cet « esprit de corps » nécessaire à tout corps militaire, mais de leur honneur de médecin, et qui, fidèles au poste, sèment chaque jour leurs os sur les terres lointaines, pour le service et le bon renom de leur pays.

Tout en se lamentant sur la situation hygiénique et morale des équipages de la flotte, M. de Lavarenne veut bien enregistrer, à ce sujet, les protestations des médecins de la marine. Il est certain que, si on les rendait responsables de l'effrayant contingent fourni à l'alcoolisme par la population des cinq ports, on ne voit plus bien ce qui resterait à leur reprocher.

J'en ai fini avec ce mémorable article de la *Presse médicale*, car je ne suppose pas que les lecteurs du *Concours* prennent grand intérêt à savoir que le jeune correspondant de M. de Lavarenne « ne désire nullement augmenter sa clientèle qu'il trouve suffisante et dont la partie intéressante n'est pas à Toulon », ou qu'il n'a « pour son propre compte aucun intérêt dans la question » bien que les 40000 francs annuellement gagnés, paraît-il, par la plupart des médecins de la marine de Toulon l'empêchent de dormir. Pour un Toulonnais de Paris, voilà un chiffre bien Marseillais ! Si, par hasard, il est exact, et surtout s'il est faux, quelle imprudence à lui de nous le donner, bien qu'il soit si content de sa clientèle ! Pour un peu, nous prendrions tous le prochain train pour le pays d'or de la Provence.

Je me résume :

Les écoles préparatoires de la marine, son école d'application, loin de constituer une superfluité, répondent à cette nécessité de décentralisation qui, tout particulièrement pour les études médicales, et surtout à leur début, apparaît comme très-impérieuse aux yeux des hommes de progrès, surtout quand il en coûte si peu de la réaliser.

Pour douter de la capacité professionnelle et de la valeur morale des maîtres qui enseignent dans ces écoles et dont le rôle est d'ailleurs bien modeste, il ne nous suffit pas de savoir que le correspondant de la *Presse médicale* est « un lecteur assidu de ce journal et un ancien interne de l'un de ses directeurs scientifiques qui le considère comme un homme d'esprit clairvoyant et d'un excellent jugement». On nous demande vraiment, dans l'espèce, de nous fier un peu trop à l'esprit de corps ; et j'aime à croire que le directeur scientifique en cause n'aurait pas signé l'article de M. de Lavarenne, le propre de l'esprit scientifique étant de n'affirmer que ce qui est démontré, de même que le propre de la bonne confraternité, si élevé soit-on dans la hiérarchie médicale, consiste à s'inspirer avant tout du respect dû à ses confrères, surtout lorsqu'appartenant à la « *grande muette* », ils sont dans l'impossibilité de répondre.

Dr Paul Petit.

La Réforme de l'enseignement médical.

Il y a quelque deux ans, le « Concours médical » suivant dans ses conséquences l'étude suggérée par M. le Dr Lepage, au sujet de l'encombrement professionnel, entrait avec le brillant rapport de M. le Dr Gouffier dans l'examen de la réforme de l'enseignement médical, et précisait nettement le but à poursuivre en cette matière : meilleure définition du programme du doctorat, élargissement considérable des études pratiques, participation de tous les étudiants à ces ressources d'enseignement trop monopolisées par les internes, obligation de prouver l'assiduité au travail.

On nous faisait craindre alors que les étudiants fussent mal disposés à accueillir ces idées : on nous objectait l'hostilité des internes, le caporalisme des procédés, etc. Et malgré tout, en septembre 1902, le Conseil de Direction formulait son programme, le soumettait à l'enquête préliminaire des praticiens, et l'inscrivait d'avance à l'ordre du jour de l'Assemblée générale de novembre suivant.

Vers la même époque s'organisait *l'Association corporative des étudiants en médecine* dont deux délégués, MM. Guillaumin et Hocquet, assistèrent à notre banquet. La naissance de ce groupement était alors entourée de mille racontars, dont quelques-uns plutôt désobligeants : on ignorait la teneur de ses statuts. L'article suivant démontre que ses préoccupations et aspirations se trouvaient, par hasard, être les mêmes que les nôtres. Nous nous empressons de le reproduire afin de prouver que notre campagne (qui se continue) rencontre à la fois l'approbation des étudiants ici formulée, et l'appui des maîtres qui répondent avec tant d'unanimité aux interviews de M. le Dr Lacroix, ou donnent leur avis dans d'autres journaux, comme l'ont fait tout récem-

ment MM. Huchard et Kirmisson dans le *Journal des Praticiens*.

La réforme de l'Enseignement Medical.

Par le Dr M. Gatier.

Le Dr Lepage nous a exposé à cette même place(1) les raisons multiples de l'encombrement médical et il en a fait une des causes les plus importantes de la non-observance des règles de Déontologie.

Dans l'âpre lutte pour la vie, les procédés employés se ressentent sans doute de la difficulté qu'on éprouve à faire sa place au soleil ; jalousies mesquines, haines injustifiées en sont nées trop souvent.

Le mal est signalé ; où est donc le remède ? De tous ceux que le Dr Lepage a donnés, nous n'en retenons qu'un. Il a dit que l'insuffisance des épreuves du doctorat était une des causes de la pléthore médicale ; et la conclusion se tire d'elle-même : « il faut être plus sévère aux examens ». Nous nous garderons bien de lui faire un reproche de son opinion, — toutes se soutiennent, car chacun voit de ses yeux, — mais il a parlé comme un maître. Nous croyons traduire ici la pensée de la majorité des Etudiants en signalant l'erreur d'interprétation.

Ce n'est pas en effet, à notre avis, l'insuffisance des épreuves qui doit être mise en cause, mais, bien plutôt, l'enseignement médical lui-même. Les vérités sont bonnes à dire, et c'est à les entendre qu'on apprend à mieux faire.

A ce propos, est-il besoin de rappeler que l'Association Corporative est née du besoin d'un enseignement meilleur ? La fameuse question des délais d'ajournement aux examens fut un prétexte pour les promoteurs. Cela est si vrai que, dans le programme de la première heure étaient inscrits six articles fondamentaux, dont nous extrayons les quatre premiers, pour l'édification de ceux qui font les règlements :

« 1° Programme d'études à mieux définir ;

« 2° Donner une plus large place à la Clinique (principe des gardes obligatoires à l'Hôpital) :

« 3° Changer les Exercices de Médecine opératoire, Supprimer certaines opérations rares et y substituer des opérations de première nécessité ;

« 4° Supprimer le paiement des travaux pratiques utiles : manœuvres obstétricales, obligatoires et gratuites. »

Ces vœux reçurent l'approbation de plus de 1.500 étudiants en médecine. Est-ce dire assez qu'ils signalaient un mal en apportant l'indication d'un remède ! Depuis ces assises plénières, où, pour la première fois, des étudiants conscients de leurs droits et forts de leurs intérêts eurent la volonté, un peu osée pour l'époque, d'exprimer des désirs.... l'idée d'une réforme a pris corps, elle a marché son chemin, et l'autorité de ceux qui en ont parlé dans la suite laisse espérer une solution possible.

Un journal d'intérêts professionnels (2) a montré des réformes à faire et le Pr Blanchard a affirmé que les études médicales péchaient par leur base ; nous le croyons avec lui, mais l'enseignement de l'histoire naturelle est encore de ceux qui laissent le moins à désirer ; l'enseignement clinique, le plus important, a besoin, lui aussi, et surtout, d'une direction meilleure.

Loin de nous, certes, la pensée de mettre en doute la haute valeur scientifique de maîtres respectés, mais ce n'est pas suspecter leur savoir d'affirmer que les bénéfices retirés par l'étudiant de leurs leçons sont insuffisants ; et la faute n'est pas à ceux qui enseignent, fidèles observateurs de règlements mal faits, elle est à ceux qui ont fait les programmes. Encore ne faut-il pas trop les blâmer, si on considère que ce qui est aujourd'hui est déjà mieux que ce qui était hier. Il n'en faudrait pourtant pas tirer cette conclusion qu'il ne reste plus rien à faire.

Le véritable enseignement clinique, l'enseignement pratique que nous réclamons, se donne à l'hôpital : mais une fallacieuse distinction entre élèves Internes, Externes, Stagiaires, a compromis l'instruction de l'étudiant. L'Assistance publique a voulu s'assurer des serviteurs dévoués, et la Faculté de Médecine a subi ce *modus faciendi* qui lèse les intérêts de la majorité de ses élèves. Or, dans une société bien organisée, l'intérêt général doit primer l'intérêt individuel.

Dans le stage forcé, l'interne se trouve à l'hôpital dans d'excellentes conditions d'études ; l'externe est déjà moins privilégié, parce que sa présence est moins exigée et surtout parce que sa responsabilité est moindre ; le stagiaire, enfin, se trouve dans un état d'infériorité marqué. Celui-ci est-il naturellement tiède, ce système favorise ses goûts à souhait, entretient son penchant à un doux laisser-aller qui le prépare mal à ses devoirs futurs, il va à l'hôpital quand il veut et y fait ce qu'il veut : sans doute des examens permettront de contrôler ses connaissances, mais qui ne sait la part qui revient au hasard ? La sanction brutale de l'examen n'est pas un criterium suffisant de la valeur d'un candidat. Le stagiaire, au contraire, est-il animé des meilleures dispositions, sa volonté tôt ou tard faiblit devant le peu d'intérêt qu'on lui porte ; à peine est-il connu en effet à l'hôpital, il est un étranger qui passe, et les malades n'ont cure de lui confier leurs maux puisqu'ils n'en retireront aucun soulagement : le stagiaire n'a pas le droit d'avoir de l'initiative.

Voilà le mal terrible qui réclame un remède, si l'on songe que le plupart des Etudiants en Médecine sont victimes de cet état de choses.

Qu'y aurait-il donc à faire ? Lors des événements qui ont motivé la naissance de cette Association, étant rapporteur des questions à l'ordre du jour, dans le meeting qui eut lieu le 24 février 1902 à l'Hôtel des Sociétés savantes, nous avons exprimé le vœu de la création de Gardes obligatoires.

Cette idée, qui a reçu l'approbation de plusieurs personnalités médicales, semblerait avoir les meilleurs résultats.

La distinction entre Internes, Externes et Stagiaires constitue une hiérarchie qui profite aux uns, au détriment des autres, et une réforme s'impose pour le plus grand bien de la corporation. Nous ne voudrions pourtant pas détruire l'Internat — nous y comptons tous trop d'amis qui nous en voudraient de saper l'objet de leur culte ; mais pourquoi chaque étudiant, ceux qui du moins ont déjà certaines connaissances, les anciens par exemple, ne rempliraient-ils pas à tour de rôle cette fonction actuellement attribuée au seul interne ? L'interne deviendrait alors un moniteur, un auxiliaire du maître, et son titre serait de ce fait plus scientifique et partant plus méritoire.

Chaque élève serait tenu naturellement à une assiduité continue, facile à obtenir, puisque l'intérêt en serait augmenté. Puis, tous les trimestres, l'étudiant changerait d'hôpital et changerait de maître, quitte à revenir ensuite là où il se serait trouvé le mieux. Son zèle ainsi stimulé, réchauffé, il apprendrait par comparaison. Bien entendu, ces stages successifs se valideraient par des certificats de scolarité, conformes ceux-là à la plus parfaite justice, car les contacts directs d'élèves à maîtres obligeraient à se mieux connaître.

Enfin, la sanction finale serait rendue facile ; elle serait le résultat pur et simple des différents certificats obtenus. L'examinateur n'aurait plus un élève timide ou ému à juger, mais des dossiers à apprécier, et ce serait plus juste. Car ceux-là seuls arriveraient au but qui l'auraient voulu. La sélection s'opérerait d'elle-même, les bons et les mauvais

(1) N° de Novembre 1903.

(2) C'est le *Concours Médical*, sans doute, que l'auteur a voulu désigner, puisque le Pr Blanchard nous a donné son avis. Pourquoi ne pas nommer, afin de permettre au lecteur de se reporter au document ! N. D. L. R.

élèves chacun à leur place, sans qu'on pût arguer la part de l'arbitraire ou du hasard.

Avec cette conception idéale de l'enseignement clinique, le niveau médical serait élevé ; l'étudiant, qui n'aurait plus à redouter l'obstacle brutal, qui n'aurait plus à craindre les petites surprises, travaillerait plus librement : il arriverait ainsi à une connaissance parfaite de ses devoirs et serait préparé pour l'exercice loyal et sincère de sa profession. (*Revue de déontologie*, n° IV)

Le régime d'études médicales actuel. — On sait qu'il y a une vingtaine d'années le régime d'études médicales était différent. Il y avait d'abord trois examens de fin d'année et, en fin d'études, à partir de la 16e inscription, étaient passés cinq doctorats. Certaines matières essentielles, l'anatomie, la physiologie, la pathologie, étaient ainsi soumises à une double revision, à plusieurs années d'intervalle. Obligée de revenir sur des connaissances déjà acquises, la mémoire se rafraîchissait, les notions qui tendaient à s'échapper rentraient dans le souvenir, y restaient gravées à jamais. Une seule objection à l'ancien régime d'études : un double examen portait sur les sciences accessoires, physique, histoire naturelle, chimie médicale et, qui pis est, cet examen de sciences accessoires, en fin d'études, au lieu d'être placé en premier lieu, constituait le troisième doctorat, les deux premiers doctorats ressortissant à l'anatomie, la physiologie et la pathologie. Il était fastidieux, après la pathologie, de rebrousser vers la physique ; il était même bien inutile d'y revenir. Quelques renseignements sur l'analyse des humeurs auraient pu fort bien rentrer dans le cadre de la pathologie. Le troisième doctorat était supprimé ou plutôt il était remplacé par un programme différent : un programme de spécialités, par exemple, comprenant les maladies des yeux, des oreilles, du larynx, et aussi les méthodes d'exploration moderne (ponction lombaire, cyto-diagnostic, etc.).

Au lieu de cela, qu'a-t-on fait ? Un bouleversement complet. Il en est toujours ainsi en France. Une fenêtre boiteuse dépare une façade : un architecte arrive qui opine avec importance. Il faut démolir l'édifice, s'écrie-t-il. Et l'on démolit l'édifice. Le Français est très heureux de détruire, d'abattre, d'accumuler des ruines. Quand tout est anéanti autour de lui, il s'imagine avoir accompli de grandes choses. Son amour-propre, toujours en éveil, est un flatteur bien dangereux. Pour avoir fait des sottises, il le sacre grand homme.

Au vrai, le nouveau système d'études n'a rien donné de bon. Je voyais l'autre jour M. le Pr Kirmisson. Il déplorait la faiblesse des examens. Les étudiants ne savent plus rien, disait-il, leurs connaissances en anatomie sont nulles. Les notions les plus élémentaires leur échappent. Et M. Kirmisson, qui citait des exemples lamentables à l'appui de sa thèse, demandait le retour à l'ancien régime. Comme lui, nous estimons que l'ancien régime était préférable, réserves faites pour le troisième doctorat dont le programme devrait être changé. Cet ancien régime d'études offrait un double avantage ; d'abord il faisait repasser les matières à quelques années d'intervalle ; ensuite il les faisait repasser à une période où l'utilité en était comprise. Qu'importent, ajoutait avec raison M. Kirmisson, les rapports de la veine crurale à l'étudiant qui commence à disséquer. Il ne connaît pas encore sa clinique, n'a jamais vu une hernie. Du jour où il aura appris sa clinique, l'anatomie seulement lui révélera l'importance de la topographie des régions. Or avec le système d'études actuel, le jour où il passe ses examens de clinique, l'étudiant a oublié son anatomie, et le jour, où il apprend son anatomie, il ignore la clinique. C'est l'inconséquence complète dans la rédaction des programmes. La Faculté, dans l'occurrence, s'est trop inspirée des faiblesses du tempérament national. Parce qu'elle innovait, elle a cru faire mieux. Le grand mot de progrès l'a hypnotisée.

Le Français, docile de nature, superficiel aussi, peu porté à l'action pourvu qu'on l'étourdisse de vocables sonores, renonce à y regarder de près et se résigne à subir toutes les incohérences et toutes les absurdités. (*Journal des Praticiens.*)

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de Lille et de la Région

Lille, le 22 février 1904

Monsieur le Rédacteur en Chef,

J'ai l'honneur de vous adresser un ordre du jour qui, conformément à une décision du Syndicat de Lille, doit être adressé à la presse médicale. Il s'agit de l'affaire du Dr Doumer, dont vous avez bien voulu dire quelques mots dans un de vos derniers numéros.

Je vous prierais de vouloir bien nous accorder l'hospitalité de votre Journal pour le dit ordre du jour.

Ordre du jour du 19 *février* 1904.

Le Syndicat Médical de Lille et de la Région, comprenant 115 membres, réunis en Assemblée ordinaire le 19 février 1904,

Considérant :

Qu'il a délégué auprès de la Commission administrative des Hospices de Lille trois de ses membres ;

Que cette délégation avait pour mandat de présenter, en même temps qu'une protestation contre une décision récente atteignant un de ses membres, les doléances du Syndicat au sujet de certaines autres mesures qui touchent le Corps médical dans ses intérêts et dans sa dignité ;

Que, prises en considération, ces doléances n'auraient pu avoir qu'une répercussion heureuse sur les intérêts supérieurs des malades pauvres, que la Commission des Hospices de Lille n'est pas seule à comprendre et à vouloir sauvegarder ;

Que cette Commission, non seulement n'a pas accordé audience à la délégation, mais n'a même pas daigné lui répondre ; qu'il y a là un manquement grave aux égards dus à une grande association légale, établie conformément à la loi de 1884 ;

Dénonce cette attitude presque outrageante, décide, sous réserve de toutes mesures ultérieures, qu'un appel sera fait, s'il y a lieu, à toutes les fédérations syndicales de France, après une protestation motivée qui sera immédiatement adressée à Monsieur le Préfet du Nord, à Monsieur le maire de Lille et à Monsieur le Recteur de l'Académie. Et passe à l'ordre du jour. »

Recevez, Monsieur le rédacteur en chef, l'assurance de ma considération la plus distinguée,

Le Président du Syndicat
(par ordre)
Dr Hochsteter.

Syndicat médical de l'arrondissement de Pont-l'Evêque

Seance du 8 novembre 1903.

Les membres du Syndicat, régulièrement convoqués, se sont réunis le dimanche 8 novembre, à Pont-l'Evêque, salle de la Justice de Paix, sous

la présidence de M. le Dr Rachet, assisté de M. le Dr Lihou, secrétaire-trésorier.

Il est donné lecture du procès-verbal de la précédente séance, qui est mis aux voix et adopté.

Le Président donne lecture de la correspondance, qui ne comprend que les lettres d'excuse et l'adhésion du Dr Hélie, de Pont-l'Evêque, aux tarifs assurances et ouvrier.

Le Président donne connaissance de ce qui a été fait pour informer les compagnies d'assurances de l'adoption des tarifs uniformes élaborés par le Syndicat, et de leur mise en vigueur au 1er janvier 1904.

Aux compagnies dont les noms suivent :

L'Abeille, L'Afrique française, La Compagnie générale, La Conservatrice, La Coopération, L'Eternelle, La Foncière, La Française, La Garantie, La Gauloise, L'Industrie Française, La Mutualité industrielle, La Mutuelle générale Française, L'Océan, La Paix, La Participation, Le Patrimoine, La Préservatrice, La Prévoyante, La Prévoyance, La Providence, La Réparatrice, Le Secours, Le Soleil sécurité, Le Syndicat de garantie, L'Union et Phénix espagnols, L'Urbaine Suisse, La Winterthur, La Zurich,

ont été envoyés un exemplaire des tarifs assurances-accidents et tarif ouvrier, avec la circulaire suivante :

M. le Directeur de la Compagnie d'assurances

(*Branche accidents du travail*)

Nous avons l'honneur de vous informer qu'à la suite de la décision prise en séance du *Syndicat Médical de l'Arrondissement de Pont-l'Evêque*, les 8 et 22 mars 1903, les tarifs d'honoraires ci-joints, concernant les accidents du travail, adoptés par tous les médecins de cet arrondissement, *entreront en vigueur à la date du 1er janvier 1904*.

Vous remarquerez que deux modes sont laissés au libre choix des Compagnies et des Médecins :

1° Le tarif à la visite ;

2° Le tarif à forfait pour les petits sinistres ; tous les deux se basant sur le tarif général minimum, dit « tarif ouvrier ».

Il ne saurait être fait aucune dérogation à cette décision qui comporte, comme vous voudrez bien le reconnaître, un esprit de modération et d'équité susceptible de laisser subsister entre le corps médical de notre région et les Compagnies intéressées la bonne entente et des rapports faciles.

Veuillez, Monsieur le Directeur, nous accuser réception de cette circulaire et agréer l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Pour le Syndicat Médical,
Le Secrétaire, Dr Lihou.

A la Rivière-Saint-Sauveur (*Calvados*), *le* 5 *novembre* 1903.

Les Membres présents approuvent ce qui a été fait.

Dans le cas où, dans la liste des compagnies ci-dessus énumérées, il se serait glissé quelques omissions, les confrères intéressés sont priés d'en avertir le Président ou le secrétaire du Syndicat.

Aux noms des confrères ayant envoyé leur adhésion aux nouveaux tarifs, noms qui figurent au procès-verbal de la précédente séance, viennent s'ajouter ceux de :

MM. les Drs Hélie, de Pont-l'Évêque ; Lechevallier, de Dives.

Le Syndicat charge le bureau d'intervenir auprès des confrères retardataires qui n'ont pas encore envoyé leur adhésion écrite.

L'ordre du jour comprend ensuite le vote d'un délégué à l'Union.

Sont élus à l'unanimité :

MM. Rachet ; Chevillot, suppléant.

Le Syndicat charge le délégué de faire connaître à l'Union les nouveaux tarifs qui viennent d'être adoptés.

L'admission du Dr Jamet, de Blangy, qui demande à faire partie du Syndicat, est votée à l'unanimité.

Il est alors procédé au renouvellement du bureau : le vote par correspondance avait été demandé.

Le maintien du bureau actuel est voté par tous les Membres présents et par les six membres excusés.

Le bureau est donc constitué de la façon suivante pour l'année 1904 :

Président : Dr Rachet, de Honfleur.
Vice-Président : Dr Chevillot, de Pont-l'Evêque.
Secrétaire-Trésorier : Dr Lihou, de la Rivière-Saint Sauveur.
Assesseurs : Dr Wail, de Beuzeval ; Dr Henry Marais, de Honfleur.

L'ordre du jour appelait encore la révision des tarifs A et B, le tarif C étant le tarif ouvrier qui vient d'être revisé ; mais, vu l'heure avancée, la discussion en est remise à la prochaine réunion.

La séance est levée à 5 h. 3/4.

Le secrétaire-trésorier.
Dr Lihou.

La Rivière Saint-Sauveur (Calvados)

N. B. — M. le Dr Lihou répond de la façon suivante aux deux questions que nous avions posées à M. le Dr Rachet, président.

« Si toutes les compagnies n'ont pas ouvertement adhéré en s'adressant au bureau du syndicat comme elles en étaient priées, celles qui avaient affaire à un des médecins de la région l'ont fait individuellement, c'est-à-dire en adressant leur adhésion au docteur qui était le médecin de leur compagnie.

Sur le second point, je crois que le Dr Rachet vous a exposé assez clairement ses idées que je puis résumer de la façon suivante :

N'ayant point devant nous les collectivités ouvrières (Syndicats) auxquelles nous puissions nous adresser comme l'a fait le Dr Diverneresse dans sa région, nous avons cru devoir exposer nos desiderata aux assurances elles-mêmes, et il semble que nous ayons jusqu'à ce jour obtenu un bon résultat de notre façon d'agir.

Dr H. Lihou.

REPORTAGE MÉDICAL

Médecins de pompiers. — Notre confrère, M. le Dr Granjux, dans le *Bulletin médical*, signale avec beaucoup d'humour, à ceux de nos confrères qui ont de nobles ambitions et le culte du plus pur désintéressement, la création d'un corps nouveau, celui des mé-

decins de pompiers que prévoit le décret de réorganisation de ces braves protecteurs de nos immeubles et parfois de nos existences. Le décret dit dans son article 17 :

Le service de santé est assuré, dans chaque compagnie et dans chaque subdivision, par un médecin qui reçoit le grade d'aide-major, soit de 1re classe, soit de 2e classe.

La promotion à la 1re classe ne peut être prononcée qu'après cinq années passées dans la classe inférieure.

Tout d'abord, ajoute M. Granjux, nous ferons remarquer que le deuxième aliéna prescrivant que les aides-majors de pompiers doivent avoir cinq ans de grade dans la 2e classe avant d'être nommés à la 1re classe, le premier aliéna constitue une erreur en disant que le médecin reçoit le grade d'aide-major *soit de 1re classe, soit de 2e classe*. C'est d'abord ce dernier grade que l'on reçoit, l'autre ne venant que cinq ans après.

Le deuxième point qui nous semble à signaler, c'est l'absence totale de définition du service de santé des sapeurs-pompiers. Consiste-t-il simplement à les accompagner au feu ? Comprend-il l'assistance aux revues, exercices, les soins pour blessures ou maladies contractées en service, l'établissement des certificats médico-légaux, la visite à domicile des pompiers portés malades ? Dans les communes où il sera créé une caisse de secours et de retraites, organisée sous forme de société de secours mutuels (art. 37), le médecin de pompiers sera-t-il tenu de soigner ces sociétaires ? Question qui a bien son importance, car les fonctions de médecin de sapeurs-pompiers sont gratuites !

De plus, l'art. 36 qui énumère les dépenses, est muet en ce qui concerne le service de santé, de telle sorte que le médecin paraît devoir fournir lui même instruments, pansements, médicaments !

En échange, qu'offre au médecin le décret ?

1° La nomination, pour cinq ans, par le Président de la République, sur la proposition du préfet (art. 5), au grade d'aide-major de 2e classe — avec possibilité d'être suspendu par le préfet et révoqué par décret !

2° Le droit d'assister aux revues, aux manœuvres, aux exercices (art. 23).

3° L'obligation d'acheter un uniforme de l'un des modèles autorisés par le ministre de l'intérieur (art. 33) et le droit de le porter dans les cas d'incendie, d'escorte et de rassemblements autorisés par le sous-préfet (art. 24).

4° Le droit, quand il est en tenue, d'être salué par les hommes de troupe et gradés, de l'active, de la réserve et de la territoriale, avec obligation de rendre les mêmes honneurs aux militaires, ses supérieurs en grade. A égalité de grade, il doit saluer le premier (art. 39).

5° Peut-être l'application de l'art. 41 ci-dessous :

Art 41. — Les anciens officiers de sapeurs-pompiers qui comptent au moins vingt-cinq ans d'activité comme officier, sous-officier, caporal ou sapeur-pompier, et ont fait constamment preuve de zèle et de dévouement, peuvent être nommés, par décret du Président de la République, officiers honoraires, avec leur dernier grade ou le grade immédiatement supérieur.

Aucune condition de temps n'est exigée pour les officiers qui ont dû résigner leur fonctions à la suite de blessures reçues ou de maladies contractées en service commandé.

L'honorariat confère le droit de porter dans les cérémonies publiques et dans les réunions de corps l'uniforme du grade concédé.

Tel est le bilan de ce qu'on demande aux médecins de pompiers et de ce qu'on leur offre en échange. Evidemment, c'est un marché de dupes. Ce qui n'empêchera pas les concurrents de se présenter en foule.

Et puis, après cela, on criera que le métier ne nourrit plus son homme !

GRANJUX.

Grand chahut à la Faculté. — Les étudiants se sont livrés ces jours-ci à de bruyantes manifestations, protestant contre la préférence ministérielle qui appela M. Chantemesse au lieu de M. Netter à la chaire d'hygiène, et contre la suppression de la limite d'âge de 70 ans pour les professeurs.

L'inauguration du Bureau des renseignements de l'Université de Paris, fondé par notre collègue le docteur Blondel, a eu lieu sous la présidence de M. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, assisté de MM. Appell, doyen de la Faculté des sciences, Guignard, directeur de l'Ecole de pharmacie, Dausset et Chautard, membres du Conseil municipal.

Toute personne s'intéressant à une question quelconque de littérature française ou étrangère, d'arts, de science physique, biologique, sociologique, économique, médico-chirurgicale, etc., peut trouver là tous les moyens d'études existant à Paris sur ces questions. Il n'est pas douteux que ce Bureau est appelé à rendre service aux travailleurs.

Il faut féliciter M. Liard d'avoir entrepris cette création dans un sens aussi large, toutes les fondations particulières y étant indiquées avec le même soin que les institutions officielles.

Faculté et hôpitaux.

M. Gilbert Ballet reprendra ses leçons cliniques sur les maladies du système nerveux, le dimanche 28 février, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Trousseau.

M. Guiart, agrégé, commencera des conférences d'histoire naturelle médicale, le vendredi 4 mars 1904, à 3 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, suivants à la même heure.

M. Launois, agrégé, commencera son cours d'histologie le samedi 5 mars 1904, à 4 heures (amphithéâtre de pharmacologie) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

M. Cunéo, agrégé, commencera son cours d'anatomie le lundi 7 mars 1904, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'école pratique) et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure (Tube digestif et annexes).

M. Lepage, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le samedi 5 mars 1904 à 6 heures (grand amphithéâtre de l'école pratique) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

M. Legry, agrégé, commencera des conférences d'anatomie pathologique le jeudi 3 mars 1904, à 2 heures, et les continuera les samedis, mardis, et jeudis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

M. Broca, agrégé, commencera les conférences de physique médicale le lundi 7 mars 1904, à 3 heures (amphithéâtre de physique de la Faculté) et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

M. Marion, agrégé, commencera un cours de pathologie externe le vendredi 4 mars 1904 à 4 heures (petit amphitéâtre de la Faculté) et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs GAULTIER, de Jarnac (Charente), et BAILLY, de Chambly (Oise), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 10 5 MARS 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

SUCCÈS PRÉVU

« *Vu l'avis émis par le Comité consultatif « d'hygiène publique de France dans sa séance « du 14 décembre 1902, en conséquence de ses « expériences, le* **Fumigator** *a été vérifié con- « formément aux dispositions édictées tant par « l'article 7 de la loi du 15 février 1902 que « par le règlement d'administration publique « du 7 mars 1903 pris en vertu du dit article. « Il a été reconnu susceptible d'assurer une dé- « sinfection efficace, et autorisé* ».

Le **certificat d'efficacité**, *signé par le président du conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, M. Combes, est parvenu aux intéressés le 27 février 1904.*

La Commission d'examen était composée de M. le Dr Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, président ; de M. le Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement de la ville de Paris et de M. Bonjean, chef du Laboratoire du Comité.

Le **Fumigator** *est le seul procédé vraiment simple, pratique et économique qui sorte vainqueur des épreuves. Tous les autres procédés exigent l'emploi d'appareils plus ou moins compliqués.*

Nous sommes particulièrement heureux, à ce journal, de ce succès du **Fumigator** *que nous n'avons cessé de le signaler à l'attention de nos lecteurs, leur affirmant ses qualités : Economie, simplicité, efficacité ; insistant sur l'avantage qu'il y avait à l'employer, pour sa discrétion compatible avec le secret professionnel. La décision ministérielle du 25 février 1904 vient consacrer officiellement notre opinion sur le* « **Fumigator** » *et l'on nous saura gré d'avoir, comme nous le disions dans notre numéro du 11 octobre 1902, sans fausse honte, désigné à l'attention de nos confrères, un procédé de désinfection, qui nous semblait être bon et remplir toutes les conditions pour concilier les droits et les devoirs de la profession avec les exigences de la loi, ménager à la fois — ce qui ne saurait être un mince mérite — les intérêts de ces deux antagonistes : l'individu et la société, et faire entrer dans les mœurs la pratique de la désinfection. Encore une adoption bien justifiée et qui fait honneur au « Concours Médical ».*

LA RÉFORME DES ETUDES MÉDICALES

L'enseignement de l'anatomie pathologique.

Interview du Professeur Cornil.

Les lecteurs du *Concours Médical* connaissent de longue date le Professeur Cornil. Bien des fois, le savant maître est venu, au milieu de nous, prendre part aux travaux de nos assemblées généra-

les ; souvent aussi il a mis sa haute et légitime autorité au service du corps médical, dont il s'est fait volontiers le défenseur au Sénat, dans les commissions parlementaires et auprès des pouvoirs publics. Le Professeur Cornil est, d'autre part, le chef incontesté de l'Ecole anatomo-pathologique française : c'est en raison de ce titre que nous sommes allé lui demander de vouloir bien nous faire connaître son opinion sur l'enseignement d'une science qu'il professe, depuis nombre d'années, à la Faculté de médecine de Paris.

— Les éléments qui me sont fournis pour apprendre aux futurs médecins l'anatomie pathologique, nous dit M. Cornil, offrent une grosse lacune, presque fondamentale.

La Faculté donne au professeur d'anatomie les cadavres nécessaires aux pavillons de dissection; elle donne au professeur de clinique, des malades ; elle n'accorde, par contre, aucune prérogative au professeur d'anatomie pathologique ; réglementairement, celui-ci n'a droit à rien, il n'est autorisé à se faire remettre ni cadavre, ni pièce, ni même le plus petit débris d'organe. Il peut seulement montrer aux élèves les tissus morbides que les chefs des services hospitaliers lui procurent et ceux qu'il recueille dans son propre service. Voyez l'embarras où se trouverait, à Paris, un professeur d'anatomie pathologique qui ne serait pas médecin d'hôpital et qui ne pourrait pas compter sur la complaisance de ses collègues!

Dans les hôpitaux parisiens, le droit d'autopsie appartient au médecin dans le service duquel le patient a succombé. D'une manière générale, nos confrères usent assez peu de cet avantage, du moins personnellement. Par principe, et ils ont raison, les chirurgiens ne fréquentent pas les salles d'autopsies. La plupart du temps, les médecins chargent de ce soin leur interne qui, de son côté, confie le travail aux externes et aux stagiaires. Ces derniers se contentent d'ouvrir plus ou moins bien la cage thoracique et l'abdomen et ils enlèvent les viscères sur lesquels le chef vient quelquefois, après la visite, jeter un rapide coup d'œil.

Je n'ai pas besoin de montrer combien une telle manière de procéder est insuffisante et combien il y aurait avantage à ce qu'un enseignement technique des autopsies fût donné aux élèves. En matière d'anatomie pathologique, le viscère examiné isolément sur la table d'amphithéâtre constitue seulement une partie des choses à voir. Pour ne pas laisser passer des faits de premier ordre, il est indispensable de noter les particularités enregistrables au fur et à mesure de l'ouverture du corps. Ainsi, par exemple, il est nécessaire de maintenir les organes en place si l'on veut reconnaître une perforation intestinale, un pneumothorax ou un hydro-pneumothorax. Pour découvrir ces lésions, je conseille de mettre l'abdomen et la poitrine sous une couche d'eau. La paroi abdominale étant incisée, en pressant sur l'intestin vous voyez le gaz s'échapper par bulles au niveau de la perforation. S'il s'agit d'un hydro-pneumothorax le même phénomène se produit lorsque, après avoir soulevé un volet de peau, la cage thoracique est ponctionnée. L'autopsie, pour être fructueuse, demande, vous vous en rendez compte, une méthode, un enseignement, et elle ne se résume pas à quelques coups de couteau dans le rein, dans le foie ou dans les autres viscères.

— Effectivement, remarquons-nous, dans les amphithéâtres des hôpitaux de Paris, les élèves n'ont, la plupart du temps, aucun guide.

— Lorsque je fus nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine, ajoute M. Cornil, j'étais à ce moment médecin de Laënnec, hôpital où il n'y avait pour ainsi dire pas de maladies aiguës et peu de décès par conséquent. J'allai à l'Hôtel-Dieu annexe, puis à l'Hôtel-Dieu et là, grâce au bon accueil de mes collègues, je pus pratiquer les autopsies devant les élèves et avoir journellement une belle collection de pièces. J'adjoignis à mon cours théorique de la Faculté des leçons supplémentaires, à l'hôpital, avec démonstrations sur la table d'amphithéâtre. Aujourd'hui, ayant quitté l'Hôtel-Dieu, je mets à contribution le concours de M. Landouzy qui veut bien me donner à faire ses autopsies intéressantes.

Eh bien ! si, par contraste, je regarde ce qui se passe dans les Universités étrangères, j'y vois ceci : le professeur d'anatomie pathologique a, dans ses attributions, le service des examens post mortem *à l'hôpital principal d'instruction. Tandis qu'à Paris les règlements ne disposent d'aucun cadavre en faveur du professeur d'anatomie pathologique, en Allemagne, en Italie, en Autriche, toutes les autopsies de l'hôpital des cliniques lui sont confiées de plein droit.*

Je me hâte d'ajouter que, personnellement, je ne suis pas en cause et ne saurais me plaindre. Grâce à l'aide bienveillante de mes collègues, j'ai à ma disposition un chiffre de pièces largement suffisant. Ainsi, nous recevons, tous les ans, à mon laboratoire, plusieurs centaines de tumeurs sur lesquelles notre avis est demandé. Nous ne manquons donc pas d'éléments d'instruction, mais il me semble que l'enseignement d'une science comme l'anatomie pathologique doit pouvoir se suffire à lui-même et ne pas avoir besoin de faire un incessant appel au corps médical hospitalier. Il y a là une question d'avenir.

— Comment se fait-il, demandons-nous, qu'un oubli aussi singulier se soit produit dans l'organisation primitive des études d'anatomie pathologique ?

— La chaire d'anatomie pathologique, nous répond M. Cornil, est une fondation due à un legs particulier, de Dupuytren. Elle eut pour premier titulaire Cruveilhier, qui, étant attaché à l'hospice de la Salpêtrière, y trouva d'amples matériaux. Les successeurs de Cruveilhier, Vulpian et Charcot, cherchant l'un et l'autre une mutation de chaire, s'attachèrent peu à leurs cours. Nommé après Charcot, je me consacrai entièrement à mon enseignement, et je puis, en somme, me considérer comme le successeur presque direct de Cruveilhier. Ainsi instituée, la chaire d'anatomie pathologique ne recueillit pas tous les droits qu'elle devrait avoir et qu'elle a effectivement dans les autres Universités.

Si j'envisage maintenant la question des travaux pratiques, il me faut constater que le nombre des élèves à la Faculté de Paris rend difficile leur éducation absolument complète. Nous avons, en 3e année, environ 350 étudiants qui suivent ces travaux. Les exercer individuellement est dès lors impossible. Nous les avons divisés en séries de 45 et sectionné chaque série elle-même en trois groupes de 15. Ces 15 élèves se réunissent autour d'un moniteur qui, tous les 2 jours, pendant un mois,

leur fait une démonstration et leur soumet des préparations microscopiques. Nous manquons de place, de préparateurs et de temps pour faire plus, étant donné le chiffre trop considérable d'étudiants. A ce point de vue, les Facultés de province sont mieux favorisées. A Nancy, par exemple, où mon collègue, M. le Professeur Baraban, a le droit de faire toutes les autopsies de l'hôpital ; il y a une moyenne de 25 élèves de 3e année ; dans ces conditions ils peuvent être exercés individuellement à la pratique des examens anatomo-pathologiques.

Pour le motif, dont je vous ai déjà parlé, le recrutement des pièces destinées à nos travaux pratiques est également imparfait. Je fais réunir, dans différents hôpitaux, ce qui est laissé dans les salles d'autopsies. Le garçon du laboratoire de l'Ecole de médecine va prendre à la Pitié, à l'Hôtel-Dieu et à la Charité, les pièces en question que lui remettent les garçons d'amphithéâtre. Quelques chefs de service veulent bien joindre aux organes des notes explicatives ou en faire donner verbalement. La plupart du temps, les viscères sont abandonnés tels que ; généralement aussi, nous n'obtenons que des pièces banales, mais intéressantes néanmoins pour les élèves. Ici encore, nous devons donc nous adresser à la complaisance des médecins, des directeurs d'hôpitaux et du Directeur de l'Assistance. Nous n'avons, à la vérité, rien de droit et. pour sortir les pièces, mon garçon de laboratoire doit présenter, chaque jour, un bon que je signe. Lacune regrettable qui gênera peut-être beaucoup mon successeur.

J'ai recours également, dans mes leçons, aux collections du Musée Dupuytren. Malheureusement, ce Musée ne s'augmente pas comme il le conviendrait. Je ne manque pas les occasions, à la Société anatomique en particulier, de faire penser à lui, mais beaucoup de présentateurs préfèrent garder dans des collections particulières ou dans un musée d'hôpital leurs préparations intéressantes.

En résumé, il serait important, comme cela a lieu dans les Universités étrangères, de donner au professeur d'anatomie pathologique le droit de faire les autopsies dans un hôpital déterminé ou dans une série de services, les Cliniques de la Faculté, si vous voulez. Il trouverait là une ressource effective, permanente, nécessaire à l'enseignement, qui lui permettrait de montrer aux étudiants comment se fait l'ouverture *post mortem* des corps, quels en sont les méthodes, les résultats. Sans toucher sensiblement aux prérogatives (dont ils usent peu) des médecins et chirurgiens des hôpitaux, on fournirait au professeur d'anatomie pathologique les moyens normaux d'organiser son enseignement. Je me préoccupe, en parlant ainsi, beaucoup plus de l'avenir que du présent, puisque j'ai pu complètement pallier toutes ces lacunes par des démarches et des amitiés personnelles.

Vous parlerai-je, enfin, du défaut d'assiduité des élèves au cours ? En France, on n'exige pas la présence des étudiants aux leçons et ils assistent à celles qui leur plaisent. Ils viennent nombreux, certains jours. lorsqu'ils espèrent entendre traiter un sujet divertissant : on voit beaucoup d'étudiants et même d'étudiantes (?) s'asseoir sur les gradins de l'amphithéâtre de médecine légale, lorsqu'il va être question des attentats aux mœurs ou de la pédérastie. Je ne leur en fais pas un reproche, croyez-le bien, car la question vaut la peine d'être connue, mais je souhaiterais qu'ils conservent un peu de leur assiduité pour d'autres leçons aussi importantes, quoique d'ordre moins pittoresque. Il y a bien un moyen de les obliger à venir, c'est de se montrer sévère aux examens : ce moyen, je ne l'emploie pas. Que voulez-vous, ajoute le professeur Cornil en allumant la pipe — amie des savants de laboratoire — qu'il vient de prendre sur la cheminée ; que voulez-vous, aux examens je suis « bon garçon », comme on dit en style de candidat...

Dr P. Lacroix.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'ouverture périnéale des abcès prostatiques.

D'après la thèse de M. le Dr *Jacques Toupet*, les abcès de la prostate sont assez faciles à diagnostiquer, mais le plus souvent, on ne parvient pas à en soupçonner les limites précises, car ces abcès sont beaucoup plus volumineux qu'on ne pourrait le croire, même après un examen approfondi.

Tout abcès diagnostiqué doit être ouvert dès que le pus est collecté. L'opportunité de l'intervention ne prête à discussion que dans les petits abcès para-uréthraux ou dans les formes miliaires de la prostatite suppurée.

L'ouverture des abcès de la prostate par la voie périnéale est la méthode de choix.

La technique opératoire doit être réglée par la recherche des points de repères chirurgicaux du périnée.

Il faut isoler le bulbe, en traversant le noyau fibreux central du périnée ; récliner le bulbe en haut et en avant ; sectionner les faisceaux musculaires recto-uréthraux et décoller, largement et jusqu'à sa base, la prostate de la paroi rectale, de façon à ouvrir d'emblée les abcès rétroprostatiques et à pouvoir inciser directement les lobes de la glande mis à nu. Il faut en un mot procéder comme pour une prostatectomie.

L'ouverture périnéale doit être maintenue largement béante, si on veut obtenir une guérison rapide et complète, par cicatrisation de la profondeur aux plans superficiels.

Traitement de l'épilepsie par la bromuration et l'hypochloruration.

Voici, d'après M. le Dr *Toulouse*, comment on doit comprendre le traitement de l'épilepsie par la bromuration et l'hypochloruration :

On doit commencer par diminuer le bromure après que l'on a d'un seul coup mis le sujet en état d'hypochloruration thérapeutique à 5 grammes par exemple. Selon le cas, on réalisera cette hypochloruration avec un des régimes suivants :

1° *Régime ordinaire avec aliments et pain non salés :*

Aliments de la ration ordinaire environ..	1 gr.
590 gr. de pain non salé ; environ... ...	0 gr. 14
Total.....	1 gr. 14

2° *Régime ordinaire avec aliments non salés et* 500 *gr. pain salé* (*à 3 gr. le kil.*)

Aliments de la ration ordinaire, environ.	1 gr.
Pain salé........................	1 gr 50
Total........	2 gr. 50

3° *Régime lacté.*

3 litres de lait environ.................	5 gr. 40

4° *Régime mixte.*

3 litres de lait environ..................	5 gr. 40
300 gr. de pain salé..................	1 gr.
Total.........	6 gr. 40

Le régime ordinaire sans addition de sel est donc le plus hypochloruré. On peut le rendre plus supportable en se servant de bromure pour saler les aliments. Certains malades s'habituent à cette manière de prendre leur médicament.

Cela dépend de la susceptibilité du sujet. On doit rechercher la dose de sel la plus élevée ; et la dose désirable est 5 grammes environ. Pour le bromure, la dose désirable est 2 grammes par jour ; par conséquent, c'est la dose la moins élevée.

D'abord ce sont les accès qui diminuent, puis les vertiges. A ce moment, on a deux moyens pour renforcer l'action thérapeutique. soit augmenter le bromure, soit diminuer le sel. Il est préférable — tout au moins pour frapper un coup — de diminuer le sel.

Le traitement est délicat et demande une surveillance constante.

Si les accès disparaissent et que l'amélioration manifeste se montre, il faut tâter la susceptibilité de l'individu en élevant d'abord la dose de sel, gramme par gramme jusqu'à 10 grammes. Si pendant plusieurs semaines. cette hypochloruration n'a pas eu d'effets fâcheux, après un temps d'épreuve assez long, on est autorisé à diminuer la dose de bromure, par demi-gramme, mais on ne doit enlever le dernier demi-gramme, en cas de disparition de tout accident, que plusieurs mois après le dernier accès ou vertige.

La bromuration d'un épileptique doit être continue et se prolonger longtemps après la disparition des accès.

Il est bon d'être mis en garde contre un accident qui n'est pas spécial à l'hypochloruration, mais qui est l'accompagnateur du bromure sous quelque forme qu'il soit donné : je veux parler du bromisme. Si j'insiste à ce sujet, c'est que cet accident peut apparaître à partir de la dose de 3 grammes ; et cela se comprend. L'action thérapeutique et l'action toxique d'un médicament sont séparés par une zone indéfinissable. Il est naturel que l'hypochloruration, en renforçant l'action médicamenteuse du bromure. élève son action toxique. On surveillera donc attentivement les malades en état d'hypochloruration. Si les pupilles devenaient très paresseuses à la lumière, que le malade soit dans un état de dépression accentuée avec langue chargée. surtout s'il avait une démarche incertaine, les traits de la face tombants, la lèvre inférieure pendante, on serait en présence d'un accident de bromuration. Il faut alors supprimer le bromure. purger le malade avec du sulfate de soude et lui donner un lavement purgatif, le mettre au lait salé avec 5 grammes de chlorure de sodium par litre. Deux ou trois jours après, le traitement hypochloruré peut être repris. Un malade bien surveillé échappera le plus souvent à ces alertes de bromisme.

Telle est — dans ses grandes lignes — la méthode thérapeutique de l'hypochloruration qui m'a permis d'améliorer tous les cas d'épilepsie auxquels je l'ai appliquée, et obtenir des suspensions du mal tellement longues (2 et 3 ans) que le mot de guérison peut être prononcé. Cette médication agit d'autant mieux que l'épilepsie est plus terrible et se manifeste par des coups plus fréquents. Aussi peut-on dire d'elle qu'elle est surtout indiquée dans les cas graves.

Sinusite maxillaire.

Le sinus maxillaire ou antre d'Highmore est, de tous les sinus cranio-faciaux, le plus fréquemment infecté. Il doit cette fâcheuse particularité aux rapports anatomiques qu'il affecte, d'abord avec les fosses nasales, par l'ostium maxillaire et par l'orifice accessoire de Giraldès ; de plus, par son voisinage immédiat avec les racines des molaires et des prémolaires supérieures. M. le Dr L.-G Roy, qui consacre aux sinusites maxillaires un très pratique article, insiste sur ce fait anatomique, que l'*ostium maxillaire* est situé au niveau des deux tiers supérieurs de sa paroi interne. Ceci dit, nous comprenons facilement comment un coryza banal, ayant affecté le sinus, pourra, par un mécanisme très simple, dégénérer en inflammation chronique de cette muqueuse si spéciale avec tout un cortège de symptômes plus ou moins bruyants et désagréables.

Sous l'influence de la congestion, de la turgescence de la muqueuse, les orifices naturels (*ostium maxillaire et orifice accessoire de Giraldès*) se trouvent réduits au minimum, parfois même complètement oblitérés, d'où ce résultat : production d'une cavité close renfermant des germes pathogènes variés à l'infini, suivant les lésions inflammatoires du voisinage, telles que érysipèles, coryza grippal ou syphilitique. Si nous ajoutons que les suppurations des sinus frontaux descendent par le canal fronto-nasal dans le méat moyen, au niveau même de l'orifice du sinus maxillaire, nous aurons signalé les principales causes d'infection de cette cavité par voie nasale.

Quant aux infections d'origine dentaire, nous n'y insisterons pas, disons seulement que toute carie des molaires ou prémolaires supérieures est une menace pour le sinus correspondant ; on a également signalé des cas d'actinomycose. mais le participation du sinus était plutôt le résultat d'un processus évolutif que d'une infection.

Ceci posé, nous voyons quatre grandes classes d'infections sinusiennes :

1° Sinusite aiguë, d'origine nasale.

2° Sinusite aiguë d'origine dentaire ou maxillaire.

3° Sinusite chronique, d'origine nasale.

4° Sinusite chronique, d'origine dentaire ou maxillaire.

Voyons maintenant à quels symptômes subjectifs et objectifs on pourra reconnaître cette sinusite.

Le 1er symptôme subjectif est un *écoulement purulent* ou *muco-purulent* intermittent et unilatéral se produisant quand le malade penche la tête en avant. Souvent cette pyorrhée reste inaperçue pendant des années, car elle se produit d'abord pendant la nuit et le pus est dégluti inconsciemment

pour le plus grand dommage de l'estomac. Le 2e symptôme qui, en général, attire surtout l'attention du malade, c'est la *perception d'une odeur fétide*, qu'il croit, bien à tort, être perçue par tout son entourage. Cette odeur, que les malades comparent à celle du poisson gâté, aux œuf pourris au cuir brûlé, est purement subjective et non perçue par l'entourage. 3e symptôme qui est particulièrement pénible pour le malade, c'est l'existence de *névralgies faciales tenaces*, qui résistent à tous les traitements.

SYMPTOMES OBJECTIFS.

a) A noter encore des troubles oculaires, assez rares, c'est en général un rétrécissement parfois assez accentué du champ visuel ; jamais assez cependant pour être perçu par le malade.

b) L'examen des fosses nasales décèlera du côté incriminé, au niveau du méat moyen, *un écoulement purulent* variant en quantité suivant l'abondance de l'épanchement et la perméabilité de l'ostium. Dans certains cas, il faudra avoir soin de faire placer le malade la tête en bas pendant quelques minutes, afin de voir sourdre une gouttelette de pus. Mais ce signe sera rarement difficile à constater, le malade nous l'ayant déjà signalé. Tout dépend de l'abondance de l'épanchement au moment où l'examen est pratiqué. D'une façon générale, c'est au réveil ou dans la matinée, que l'écoulement se produit et que le malade évacue son sinus, en mouchant énergiquement par sa fosse nasale plus ou moins obstruée.

c) Le séjour du pus dans le méat moyen finit par irriter la muqueuse qui dégénère, et nous aurons assez souvent lieu d'y constater la présence de *dégénérescences polypoïdes, de mixomes*, qui, s'ils obstruent la fosse nasale et contribuent à entretenir les lésions en empêchant le drainage, décident en revanche bien souvent le malade à venir réclamer nos soins.

d) En explorant la région de la joue correspondant à l'antre, on provoque parfois, en un point correspondant en général au sillon naso-jugal, *une douleur sourde*.

e) Enfin, pour terminer ce rapide exposé des signes objectifs, disons que : chaque fois que nous constaterons un ensemble de signes nous faisant craindre une sinusite maxillaire, nous devrons, avant tout, *examiner l'état des molaires et prémolaires supérieures*, les percuter, et leur; faire subir l'épreuve du chaud et du froid. et si l'une d'entre elles est incriminable, la condamner de suite.

A ces différents signes ou symptômes, nous adjoindrons, dans les cas douteux, et suivant les cas :

Le lavage du sinus, par l'ostium maxillaire, à l'aide d'une canule de Hartmann ou de Lichwitz.

On aura deux canules de courbures différentes, une pour chaque narine. Dans certains cas, si par exemple la narine est obstruée par des polypes, il faudra procéder à un curettage préalable sous cocaïnisation.

Le lavage est un moyen fidèle et sûr, pour savoir s'il y a du pus dans le sinus, et a, sur les ponctions exploratrices, l'immense avantage d'agir en même temps comme agent thérapeutique. Dans les empyèmes maxillaires récents, c'est à ce procédé que je m'adresse toujours en premier lieu et je m'en suis toujours bien trouvé.

Il est un autre ordre de procédés d'exploration auxquels, dans les cas douteux, nous pourrons avoir recours : c'est la méthode de transillumination du sinus par l'éclairage à l'aide d'une lampe électrique placée dans la bouche du patient. En effet, quand une lampe électrique est placée dans la bouche du malade, au milieu de l'obscurité d'une chambre noire, on voit normalement la paupière inférieure s'éclairer ; s'il y a suppuration de l'antre d'Highmore, la lueur rougeâtre qui dessine un croissant sur la paupière inférieure n'est pas perçue ou l'est moins nettement que du côté sain. Il y a malheureusement des causes d'erreur dans les différences d'épaisseur des parois maxillaires.

M. Garel, de Lyon, a constaté que si le malade, pendant l'éclairage buccal, fermait les yeux, il avait, du côté sain, une perception lumineuse, qui faisait défaut du côté malade.

D'après Volsen et Davidson, pendant l'éclairage, l'observateur peut voir la pupille correspondant au côté malade rester obscure, alors qu'elle s'illumine du côté sain.

La Radiothérapie des teignes cryptogamiques.

M. le Dr SABOURAUD, a publié dans la Revue *pratique des maladies cutanées* du Dr Leredde, les résultats de ses études sur le traitement radiochimique des teignes tondantes et faveuses.

Il y a quelques années, le problème de la guérison des teignes cryptogamiques se posait ainsi : Tous les antiseptiques *in vitro* tuent tous les cryptogames parasites des cheveux, mais aucun antiseptique ne pénètre dans le follicule pilaire à plus de 1 millimètre de profondeur. Or, le cheveu de l'enfant a 4 millimètres d'implantation dans la peau, et les parasites des teignes habitent sa racine jusqu'à son renflement terminal ou bulbe.

A côté des teignes tondantes, il y a bien la teigne faveuse, dans laquelle le parasite placé de même est pareillement inaccessible à l'antisepsie, et pourtant, dans cette maladie, l'épilation répétée du cheveu parvient à réaliser une stérilisation discontinue de sa partie radiculaire. On guérit cette maladie par cinq ou six épilations répétées à un mois d'intervalle.

Mais ce procédé, utilisable dans la teigne faveuse *parce que le cheveu* favique *reste solide*, est impraticable dans la teigne tondante *parce que le cheveu malade est devenu cassant*. On ne l'épile pas entier. Il casse en son point le plus malade. Sa racine garde des spores à foison. Le cheveu continue à pousser, mais le parasite continue à s'y développer au fur et à mesure de sa formation.

Ce n'est pas le lieu de s'étendre sur toutes les preuves qu'on peut donner de l'impénétrabilité du follicule pilaire de l'homme aux antiseptiques; déjà, il y a sept ans, je pouvais écrire :

« Non seulement aucun traitement connu n'est curateur des teignes tondantes, mais je me crois même autorisé à prévoir qu'aucun traitement antiseptique quelconque ne parviendra dans l'avenir au but cherché. Car si l'on peut varier la nature chimique des antiseptiques, cela change à peine leur pouvoir physique de pénétration Ils seront solides, liquides ou gazeux, et se heurteront toujours au même obstacle mécanique

qu'aucun des agents employés, quelle que soit sa nature, n'a pu franchir à bien. loin près : *La racine du cheveu est inaccessible aux antiseptiques externes* »

En présence des multiples échecs des méthodes médicamenteuses, M. Sabouraud avait tenté de faire une sorte de sérothérapie des teignes par l'emploi des cultures plus ou moins intensives d'Achorion Schœnleini et de trichophyton tonsurans. Les résultats furent peu encourageants ; aussi fut-on très agréablement surpris quand on constata les réels succès obtenus par l'action des rayons X...

Avant le traitement radiothérapique, la moyenne du temps de traitement de la teigne tondante était, à l'hopital Saint-Louis, de 18 mois. Partout ailleurs je n'hésite pas à la déclarer plus longue, à moins que les enfants ne fussent considérés comme guéris sans l'être en réalité, chose ordinaire, presque de règle.

Avec les rayons X, le traitement des teignes cryptogamiques (teigne tondante et teigne faveuse) tombe en ce moment à 3 mois. Ce traitement nouveau raccourcira donc la maladie des 5/6 de sa durée.

Si l'on songe que Paris contient endémiquement environ 4.000 teigneux, que l'Assistance publique de Paris en hospitalise environ 650, que son budget des teigneux hospitalisés ou soignés en ville est annuellement de 450.000 francs environ. enfin que l'Assistance publique, faute de place et d'argent, ne pourrait parvenir à les soigner tous, on pourra mesurer le progrès que la nouvelle thérapeutique va permettre de réaliser.

L'appareillage électrique nécessaire pour obtenir cette cure des teignes est assez complexe, car il faut s'entourer de mille précautions pour obtenir de bons résultats sans faire courir le moindre risque au patient : nous nous contenterons, faute de place pour une description détaillée, d'indiquer la formule à laquelle s'est arrêté M. Sabouraud, formule qui intéresse surtout les spécialistes de l'électrothérapie :

« Pour guérir une plaque de teigne, il faut « l'exposer à une distance de 15 centimètres du « centre de l'ampoule de Villard, l'ampoule ayant « une résistance constante correspondant à un de« mi-centimètre d'étincelle au spintermètre et à « la quatrième division du radio-chronomètre de « Benoist, jusqu'à ce que la source électrique ait « fourni une somme de rayons X correspondant « à 4 et demi ou 5 unités H de Holzknecht. »

En agissant ainsi, on obtiendra exactement ce qu'on désire, c'est-à dire la dépilation pure et simple de la région insolée, sans plus, sans complication de brûlures bénignes ou graves d'aucune sorte, en un mot sans accidents.

REVUE DES HOPITAUX

Maladies de l'estomac et névroses.

M. le Pr Hayem a commencé, à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, une série de leçons sur les rapports des maladies de l'estomac avec les névroses en général et avec la neurasthénie en particulier. Il montre, tout d'abord, combien est fréquente l'association des gastropathies et des troubles nerveux, association qui représente, peut-être, les trois quarts de la pathologie stomacale. Pour expliquer les relations étroites des états morbides en question, deux théories principales ont été émises et se sont succédé à travers les temps :

La première et la plus ancienne — elle remonte jusqu'à Hippocrate et Galien —, fait naître les symptômes nerveux des altérations du tube digestif.

La seconde, essentiellement moderne et récente, met, au contraire, les lésions gastriques sous la dépendance des troubles du système nerveux.

Il faut choisir entre ces deux manières de voir et la question qui se pose, dès lors, est la suivante : de tels malades sont-ils primitivement des gastropathes ou des névropathes ? Pour résoudre ce problème pathologique, M. Hayem s'adresse à la clinique et il présente un exemple type de neurasthénie (ou mieux de syndrome neurasthénique), associé à une affection stomacale très ancienne.

Il s'agit d'une femme de 44 ans, hospitalisée au pavillon Moiana depuis le 30 juin 1903, depuis plus de 7 mois par conséquent. Ses antécédents héréditaires peuvent être considérés comme nuls et il n'y a pas eu de névropathes dans sa famille. Elle-même a été élevée dans de bonnes conditions et a joui d'une santé satisfaisante jusqu'à l'âge de 21 ans. Réglée à 16 ans. un peu tardivement, elle se marie vers 20 ans. Elle devient enceinte aussitôt et, à partir de ce moment, sa santé s'altère. Sa grossesse est troublée de phénomènes gastriques sérieux, nausées, dyspepsie, sans vomissements graves cependant. Elle accouche à 7 mois 1/2 d'un enfant qui meurt au bout de quelques jours. Du côté de l'utérus, tout se passe normalement ; mais, par contre, l'estomac reste mauvais, l'appétit ne revient pas. les digestions demeurent lentes, pénibles, difficiles. La malade s'anémie, pâlit, maigrit, et elle consulte un médecin. Alors, pendant 20 années, elle se médicamente ; tous les jours elle absorbe tantôt une poudre, tantôt un cachet, une potion ou une autre préparation pharmaceutique. Les symptômes morbides n'en continuent pas moins et se compliquent de phénomènes nerveux d'ordre neurasthénique. La patiente se lève fatiguée et ce sentiment de courbature persiste toute la journée. Le soir, elle se sent mieux. elle se couche, dort mal, son sommeil est mêlé de cauchemars. Elle se plaint, en outre, de céphalée, d'étourdissements, de faiblesse, lorsqu'elle fait un effort ou une marche prolongée. Elle n'est pas constipée, excepté lorsqu'elle s'administre certains médicaments comme le quinquina, dont elle a absorbé des doses considérables.

Dans les premières années de sa maladie, cette femme put continuer son métier de piqueuse de bottines. mais elle dut cesser bientôt, faute de forces suffisantes, et se contenter de simples travaux de couture. Au commencement de 1903, sa faiblesse l'oblige à cesser toute occupation et à passer une partie de ses journées au lit. Elle continue, néanmoins, à se médicamenter, à prendre des calmants. du chloroforme, du sirop de morphine. L'état mental devient moins bon, le moral tourne vers les idées hypochondriaques. Au mois de juin, la malade demande son admission à l'hôpital et elle entre au pavillon Moïana. A son ar-

rivée, elle pèse 39 kilogr. L'examen local montre un abaissement notable des organes abdominaux, une augmentation de volume de l'estomac, à la fois de la ptose et de la dilatation gastrique, la grande courbure descendant jusqu'au pubis.

Actuellement, 7 mois après, bien que la patiente déclare n'éprouver aucune amélioration, son poids a augmenté de 4 kilogrs, il est passé de 39 à 43 kilogr. L'insufflation de l'estomac indique que cet organe est remonté notablement: la grande courbure arrive maintenant à 5 travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne.

L'examen du chimisme gastrique, pratiqué au mois d'octobre dernier, a permis de constater, au moyen d'analyses en série, une prolongation de la digestion par rétention fonctionnelle, c'est-à-dire par rétention due à l'abaissement.

Le diagnostic est le suivant : gastropathie ancienne avec entéroptose, *compliquée de neurasthénie secondaire* invétérée, caractéristique. C'est un exemple type de cette variété morbide bien décrite par Glénard : l'entéroptose avec neurasthénie consécutive.

La neurasthénie, ajoute M. Hayem, est une maladie que les meilleurs cliniciens n'ont jamais pu mettre dans des cadres précis. Malgré son talent extraordinaire, Charcot n'est pas arrivé à la définir. Il y a non pas une, mais *des* neurasthénies, comme il y a *des* hystéries, comme il y a *des* psychoses.

Atrophies musculaires progressives chez les enfants.

A propos d'un cas de paralysie musculaire pseudo-hypertrophique, observé dans son service, M. Méry étudie, dans une leçon faite à la Clinique de l'Hôpital des Enfants, les atrophies musculaires progressives.

Sous cette dénomination, on comprend deux groupes d'affections, les unes d'origine spinale (atrophie musculaire progressive spinale, type Duchenne-Aran), les autres d'origine extra-nerveuse, véritables maladies des muscles (myopathies primitives). Ces dernières, qui intéressent surtout le pédiâtre, peuvent revêtir trois formes principales qui sont :

1° La paralysie pseudo-hypertrophique ;
2° Le type juvénile d'Erb ;
3° Le type facio-scapulo-huméral de Landouzy-Déjerine.

Maladies essentiellement familiales et héréditaires, ces myopathies ont généralement un début précoce. Dans la moitié des cas, la paralysie pseudo-hypertrophique apparaît avant 5 ans ; elle est exceptionnelle après 12 ans. Les types juvénile et facial commencent parfois un peu plus tard.

La paralysie pseudo-hypertrophique (paraplégie hypertrophique infantile de Duchenne) s'annonce par une faiblesse progressive des membres inférieurs. Assez souvent, c'est au moment même où l'enfant va commencer à marcher, et les parents consultent le médecin pour un retard ou un défaut de la marche. Les petits patients tombent facilement et ils affectent une attitude et une démarche tout à fait particulières.

Comme l'a montré M. Paul Richer, les lignes de l'attitude normale sont exagérées chez ces sujets. Ils présentent une obliquité plus grande (antéro-postérieure) de la tête sur la colonne vertébrale; puis, au niveau du thorax, une seconde obliquité en sens inverse, de haut en bas et d'arrière en avant, à laquelle succède une troisième ligne, lombaire, antéro-postérieure. Il résulte de ces exagérations de courbures une lordose et une ensellure des reins très accusées : le thorax fait saillie en avant, les fesses et la nuque en arrière. Vus de profil, la tête, le tronc et le bassin constituent ainsi une sorte de Z.

La marche est non moins spéciale. L'enfant s'avance en écartant les jambes pour élargir sa base de sustentation. Sa démarche, incertaine, s'accompagne d'un dandinement qui rappelle le balancement dit en canard de la luxation congénitale de la hanche. Ce phénomène est dû à l'atrophie des muscles du bassin, dont le rôle physiologique est de maintenir la ceinture pelvienne, fonction qu'ils sont incapables de remplir ici, vu leur faiblesse. La jambe mobile entraîne le bassin de son côté et, par compensation, le corps s'incline dans le sens opposé sur la jambe fixe, portante : d'où les oscillations du tronc.

Autre trouble important à observer : la façon dont le petit malade s'assied et se relève. Pour s'asseoir à terre, il procède en deux temps : il descend le long de son corps, appuie les mains successivement sur les cuisses et sur les jambes, fléchit le genou ; à ce moment, le corps tombe à terre par une chute brusque. La première partie du mouvement est lente, la seconde rapide. Pour se relever, l'enfant s'incline sur un côté et se met à quatre pattes. Il allonge la jambe, la place en extension sur la cuisse et remonte les mains le long du corps.

Les symptômes dont je viens de parler, d'ordre fonctionnel, s'accompagnent de signes physiques. Une pseudo-hypertrophie musculaire d'abord, surtout accusée aux fesses et aux mollets qui sont saillants et qui contrastent avec l'amaigrissement des cuisses et des bras ; puis, des atrophies et des rétractions tendineuses.

Un point intéressant de cette affection réside dans l'examen électrique. On trouve une diminution quantitative de la contractilité faradique et galvanique, diminution proportionnelle à l'atrophie des muscles et pas autre chose. On n'observe pas, en particulier, la réaction de dégénérescence si nette dans l'atrophie musculaire spinale. Dans cette réaction, un courant galvanique insuffisant pour faire contracter un muscle sain l'est quelquefois pour agir sur un muscle dégénéré. De plus, tandis que normalement la secousse la plus forte a lieu à la fermeture et au pôle négatif, dans la réaction de dégénérescence, elle se produit à l'ouverture et au pôle positif. Au cas d'atrophie myéolopathique, enfin, l'excitabilité du nerf est disparue avant celle du muscle. On n'observe pas ces phénomènes électriques dans les lésions simplement musculaires, dans les myopathies pures. Celles-ci déterminent seulement une diminution quantitative de l'excitabilité galvanique et faradique parallèle au degré d'atrophie du muscle.

Quelques mots maintenant sur les deux autres formes.

Le type juvénile de Erb atteint les muscles de l'épaule et du bras d'abord.

Le type facio-scapulo-huméral, de Landouzy-Déjerine, débute par les muscles de la face et cause un facies particulier appelé masque myo-

pathique : le front est net, sans rides, la fente buccale élargie, les paupières se ferment incomplètement, et le masque facial demeure immobile avec impossibilité de souffler, de siffler, de prononcer les labiales.

Nombre de pathologistes, d'ailleurs, ont actuellement tendance à réunir ces trois variétés ensemble sous la dénomination générale de myopathies atrophiques progressives. Ces types n'ont vraiment de distinct que leur début, leur localisation initiale. Avec le temps, ils se mêlent fréquemment les uns aux autres.

Ces myopathies sont faciles à distinguer des myélopathies atrophiques progressives (le type Duchenne-Aran par exemple grâce aux réactions électriques, aux tremblements fibrillaires, aux troubles trophiques des lésions médullaires).

Le pronostic des trois variétés en question est sérieux. La paralysie pseudo-hypertrophique est une affection progressive dont l'évolution est à peine tempérée par le traitement. La thérapeutique en est presque nulle : la faradisation a seule pu procurer de très modestes résultats.

Leçons recueillies par le Dr P. Lacroix.

KINESITHÉRAPIE

Gymnastique ou massage en Thérapeutique ?

Par le Dr Saqcet, de Nantes.

En Suède, la patrie de la gymnastique médicale, on n'emploie jamais le massage seul, il est toujours accompagné de mouvements libres ou à résistance manuelle.

D'ailleurs, pour les Suédois, le massage, qui n'était pas, avant 1870, dénommé sous cette appellation synthétique, est regardé par eux comme une minime partie de la gymnastique médicale, il en est une des parties passives.

Il faut s'entendre comme terminologie, car en France on appelle tout, massage; c'est un abus de termes qu'il faut éviter. La gymnastique médicale est constituée par les mouvements actifs du sujet. Le massage compte ceux que le patient reçoit ; frictions, vibrations, etc., et même les mouvements communiqués ou passifs que les Suédois classent dans la gymnastique.

Ceci posé, quel est le meilleur des deux procédés: gymnastique ou massage? Ou bien : lequel donne les meilleurs résultats en France ?

Nous allons donner le résumé de 12 ans d'expérience sur cette matière.

Il faut d'abord faire une distinction suivant les affections que l'on peut traiter.

Occupons-nous, pour commencer, des neurasthéniques et séparons-les en deux groupes classiquement admis actuellement : les neurasthéniques cérébraux ou excités, et les neurasthéniques médullaires ou myasthéniques

D'après ce que nous avons observé, les neurasthéniques cérébraux sont moins nombreux que les autres la proportion est d'environ 1 sur 10. Il existe un type moyen ; le cérébro-médullaire, mais l'expérience nous a appris qu'il devait être traité comme le médullaire.

Ces derniers, les plus nombreux comme nous venons de le dire, supportent très mal l'exercice; quelque soin que l'on mette à le doser, on se trompe facilement et longtemps sur la dose exacte, même une fois prévenu.

En effet, rien ne vous avertit en général que vous avez dépassé le but. Si les exercices sont très doux, courts, le malade ne se sent pas lassé et vous croyez voir la guérison approcher. Il n'en est rien parce que le neurasthénique médullaire ne ressent pas la fatigue comme un normal, elle ne se manifestera chez lui que par un retard de la guérison.

La patience du malade s'épuise et il cesse souvent le traitement. En Suède on est plus patient, parce que c'est un fait admis de tous que la gymnastique est un moyen curatif puissant et l'on ne s'étonne pas de voir l'échéance de la guérison plus ou moins lointaine.

Il n'en est pas de même chez nous. Les malades veulent bien croire à la vertu curative de l'exercice, mais ils désirent en voir les effets immédiats ou presque et si, après quelques semaines rien ne vient le traitement est abandonné.

C'est que la gymnastique suédoise, qui est caractérisée par des mouvements localisés, sans mise en scène frappante, courbature facilement, même des normaux, et d'ordinaire ne donne pas lieu à une réaction appréciable de fatigue chez les neurasthéniques médullaires si on leur a ménagé la dose.

Comme il est de notion courante que l'exercice fortifie, on ne pense pas à du surmenage possible.

Cette fatigue n'est pas due à la mauvaise exécution des mouvements, car j'ai toujours pris soin de veiller à ce que le patient respire librement pendant l'exercice, afin d'éviter de transformer en exercice général ce qui doit être uniquement local, comme les Suédois nous l'ont appris. La règle étant celle-ci : tout mouvement, pour être local, doit être exécuté pendant l'expiration.

La courbature ou surmenage, accusé ou non, tient donc bien au mouvement spécialisé, qui demande non seulement un effort musculaire plus ou moins grand, mais encore un effort intellectuel d'attention pour créer un centre devant devenir automatique plus tard, comme les dernières recherches physiologiques l'ont démontré.

Au début de ma pratique, j'employais le massage seul, c'est ce qui m'a permis de comparer et de réfléchir. Ayant appris postérieurement la gymnastique suédoise, je l'ai utilisée avec le massage, pensant obtenir des succès plus rapides. Dans la majorité des cas, les résultats ont trompé mon attente et malgré mon obstination à vouloir adjuger à la gymnastique suédoise un rôle curatif puissant, j'ai dû y renoncer dans beaucoup de cas, puisque je voyais la guérison traîner ou même manquer tout à fait.

Est-ce une question de race ? Je ne le crois pas. J'ai démontré au Congrès de l'AFAS, à Boulogne, en 1899, qu'il n'en était rien non plus pour le massage. C'est certainement la même chose pour le mouvement. Je me rappelle avoir vu en Suède des patients peu atteints et dont la cure traînait ; je suis persuadé, maintenant que je suis mieux informé, qu'ils faisaient trop d'exercice.

Voici des exemples : Un jeune homme de 32 ans, dyspeptique, neurasthénique, non alité et remuant comme tout le monde, fit pendant 40 jours une cure de gymnastique et massage avec un bon gymnaste suédois. Ce jeune homme, atteint

en outre de constipation ne vit aucune modification de ce côté. Il continua seul à faire de la gymnastique abdominale et autres mouvements indiqués, pendant 6 mois. La durée des exercices était d'une heure avec intervalles de repos et il n'éprouvait aucune fatigue. Sa santé générale était assez bonne, à part sa dyspepsie, et il était fier d'avoir gagné 2 centimètres de tour de poitrine.

Malgré tout, dyspepsie et constipation persistaient.

Il vint me trouver.

Je pensai que la gymnastique pouvait être un obstacle à la guérison et je lui fis cesser tout mouvement médical. Voici quelle fut la suite : la première évacuation spontanée eut lieu au bout de 4 séances de massage, et après 20 autres ce jeune homme était totalement guéri. La guérison s'est maintenue depuis plusieurs années.

La guérison serait peut-être arrivée quand l'entraînement gymnastique obtenu aurait permis de voir les effets curatifs se manifester ; on doit voir de ces résultats en Suède mais je n'en ai jamais observé.

J'ai essayé nombre de fois les mouvements des muscles abdominaux contre la constipation, employés par les Suédois, je les ai essayés même souvent chez des personnes non neurasthéniques, je n'ai jamais réussi. Quelques praticiens disent pourtant les avoir employés avec succès, c'est possible, mais cela ne m'est jamais arrivé.

Ces mêmes mouvements, employés avec le massage, m'ont presque toujours paru retarder la guérison. Aussi je ne les emploie guère que chez les obèses et après avoir obtenu auparavant quelques résultats avec le massage.

Chez les neurasthéniques cérébraux, au contraire, on peut employer avec avantage la gymnastique suédoise. Chez eux, le mouvement est plus efficace que le massage. Si le neurasthénique médullaire est déprimé par le moindre effort physique, le cérébral peut l'être aussi, lui, par l'exercice spécialisé. Il lui faut d'ailleurs beaucoup d'exercice et il est impossible de lui faire exécuter de la gymnastique toute la journée, ce qui serait loin d'être récréatif. Il est préférable de lui faire employer un exercice automatique qui, comme la marche, réclame le minimum d'attention psychique et peu d'efforts physiques.

Quant à l'emploi des machines dans les deux cas, il est franchement détestable. En effet, si la gymnastique manuelle n'a pas permis facilement de dépister la fatigue chez le malade opposant, ce n'est certes pas une machine inerte qui le décélera, puisque nous avons affaire à une fatigue spéciale comme nous l'avons dit.

Ce que j'ai observé en France dans les Instituts à machines, c'est que tous leurs malades étaient courbaturés.

Il leur faut combien de temps pour surmonter cette fatigue et profiter de l'exercice après un certain entraînement, je ne sais, mais c'est une perte de temps appréciable.

D'ailleurs, l'opinion unanime en Suède est que la machine est peut-être utile comme hygiène mais nullement comme moyen curatif.

Les machines ne dispensent aucunement d'ailleurs du massage, aussi ne le prétendent-elles pas encore. Nous venons de voir que le massage prime la gymnastique en général, nous le verrons encore plus loin.

C'est donc la condamnation du machinisme.

Cependant, les exercices sont indispensables et supérieurs au massage, qui n'est qu'un adjuvant dans le traitement de la scoliose. Dans ce cas, c'est la gymnastique manuelle qui est la meilleure. Ni à l'Institut central de Stockholm, ni à l'Institut Arvidson, qui donnent seuls l'enseignement complet reconnu par l'Etat, ni à l'Institut orthopédique, on ne se sert de machines pour les mouvements à opposition. La main suffit à tout et est un moteur plus souple et plus intelligent que n'importe quelle machine ; elle doit être, en certains cas, aidée d'appareils d'appui au besoin. (Judet, *Rev. d'orthopédie*, 1903.)

Le principe de la gymnastique suédoise est d'ailleurs de ne point avoir d'appareils.

Il est évident que la gymnastique manuelle est plus fatigante pour le médecin que la machinothérapie, mais les résultats étant meilleurs on doit s'incliner.

En gynécologie, la kinésithérapie, rendue scientifique par Stapfer, comprend gymnastique et massage. Ces deux méthodes, qui se complètent, ne peuvent guère se dissocier, sous peine d'obtenir de moins bons résultats. Ainsi en a-t-il été en Allemagne, en Amérique et en France, d'après Stapfer.

Il y a quelques exceptions évidemment, comme à toute règle. Ainsi, par exemple, certaines aménorrhées et encore certaines métrorragies peuvent se traiter au moyen de la seule gymnastique. Les mouvements sont, bien entendu, différents, je n'ai point à les étudier ici.

Pour les affections chirurgicales justiciables de la kinésithérapie, nous avons trouvé le massage plus avantageux que la gymnastique.

Soit un cas de raideur articulaire. Beaucoup de cas de cette affection peuvent être guéris rapidement et par le massage seul. Il est clair que l'on ne laissera pas à la raideur le temps de s'établir si le mal qui la détermine est traité dès le début par le massage. Il y a longtemps que tous les masseurs sont d'accord là-dessus, et Fège, de Paris, dans sa thèse sur l'utilité du massage précoce dans les accidents, a établi scientifiquement la pratique française.

Supposons maintenant une raideur articulaire datant de quelques mois. Si la raideur est peu accentuée, le massage suffit généralement à tout et l'articulation se mobilisera facilement d'elle-même sans gymnastique spéciale. Nous avons souvent vu de fausses ankyloses de ce genre, dont les adhérences étaient très lâches, guérir sans mouvements particuliers. Si la raideur est plus serrée, il faudra employer alors, avec le massage, la *mobilisation forcée* plus ou moins rapide, avec ou sans chloroforme, suivant la résistance individuelle du patient à la douleur et selon la réaction inflammatoire.

Quant à la *mobilisation passive prolongée*, à mouvements communiqués progressifs et passifs lents, 20 à la minute, pendant une heure et plus, elle ne peut être utile que dans le premier cas de raideur légère et le massage la dépasse en rapidité.

Si l'articulation est tant soit peu raide, on n'en obtient absolument rien ; du moins, je n'en ai jamais rien tiré et cependant je l'ai cherché pendant plusieurs années. Je l'ai recommandé à quelques confrères atteints d'ankylose serrée, j'étais sûr que la méthode était employée et que les malades avaient envie de guérir, ils n'ont rien ob-

tenu ; la cause me paraît jugée. C'est une méthode surfaite, une phrase à effet dont on se leurre, sans plus.

Les chirurgiens ont à peu près abandonné la mobilisation forcée parce qu'elle est douloureuse et donne lieu à une réaction inflammatoire qu'ils ne peuvent calmer que par l'immobilisation qui réankylose.

Le massage est alors intervenu pour calmer l'inflammation consécutive, permettre d'éviter l'immobilisation absolue, et de cette façon les résultats peuvent être excellents.

En résumé le massage, d'après notre expérience et celle des masseurs français : Rizet, Elleaume, Lebâtard, Henry de Navenne, Mervy, Dagron, Championnière, est supérieur aux mouvements spéciaux dans les raideurs articulaires.

Et en France, depuis 1847, où ce massage a débuté, on n'a employé que lui et on guérissait rapidement les cas curables. On n'avait pas attendu Mezger qui n'a commencé qu'en 1870, ni les Suédois qui pratiquaient surtout le massage médical.

Il faut rendre justice à chacun, car en France, habituellement, on goûte exclusivement ce qui est exotique, même quand cela ne vaut rien.

C'est encore l'École française, par Lucas-Championnière, qui a institué la mobilisation et le massage dans les fractures. Ce qu'il y a de phénoménal, c'est de voir nier les faits. Au congrès international de Moscou 1897, en effet, Zabludowski, professeur de massage à l'Institut physiologique de Berlin, a prétendu qu'avec le massage léger, cette cure n'était pas possible. Je crois qu'après celle-là il faut tirer l'échelle.

Dans les atrophies musculaires dites d'origine articulaire, que je ne crois pas du tout réflexes, mais bien causées par défaut d'usage, le massage agit en quelques semaines, 3 à 6 en moyenne, la gymnastique spéciale est moins importante et surtout moins rapide, employée seule.

Mais, entendons-nous bien, le massage dans ce cas permet d'utiliser les mouvements normaux et ce sont eux qui complètent la cure.

Un exemple encore de l'inconvénient des mouvements spécialisés, même peu nombreux, m'a été fourni récemment par un confrère de la campagne nullement neurasthénique, soigné par moi pour une arthrite chronique du genou avec atrophie du quadriceps. Après quelque temps de massage, la douleur avait disparu ; pour essayer de hâter le traitement, je lui conseillai de faire sur cette jambe trois accroupissements par jour.

Les fois suivantes, ce médecin se plaignait des douleurs qui étaient revenues dans le genou.

Je lui dis : ce sont vos trois mouvements ; cessez-les. Il ne pouvait me croire, il les cessa cependant et la douleur disparut aussitôt.

Dans les paralysies chez les enfants, j'ai trouvé le massage beaucoup plus rapide que la rééducation sur une centaine de cas soignés. Les résultats sont moins nets chez les vieillards.

D'après ce qui précède on comprendra que le massage va plus vite chez les ataxiques que la rééducation.

Quant à l'électricité, elle est beaucoup trop lente, n'agit que par suggestion, quand elle agit, dans les cas susdits, et je ne m'en sers jamais.

De cette étude, il ressortira, je pense, que le massage est de beaucoup supérieur, en général, à la gymnastique même manuelle, sauf dans un petit nombre de cas.

Mais il est absolument nécessaire, sous peine de résultat nul ou médiocre et de discrédit de la méthode, que le massage soit employé par un médecin. Les gymnastes suédois, qui sont les meilleurs, n'ont après tout que 18 mois d'études gymnastico-médicales et ne peuvent réussir que dans les cas faciles, faute de connaissances suffisantes. Les gymnastes femmes étant dispensées de la gymnastique militaire, ont seulement 12 mois d'études répartis en 2 ans, c'est insuffisant.

(32e *Congrès de l'A. F. A. S.* Angers.)

JURISPRUDENCE MEDICALE

Nous publions plus bas le jugement d'appel qui déchargea notre confrère, le Dr Duhamel, de Fontenay-sous-Bois, d'une condamnation de 1re instance à 10.000 fr. de dommages-intérêts envers la famille d'une malade qui s'était suicidée dans son établissement (section ouverte).

Il résulte de ce jugement très intéressant que, — toutes précautions d'usage ayant été prises, — un directeur de maison de santé libre ne saurait être rendu responsable du suicide d'une malade majeure entrée librement dans la maison et à l'égard de laquelle certains moyens de surveillance ou de coercition sont interdits, *parce qu'elle est libre et majeure.*

Cour d'Appel de la Seine.

1re Chambre

Arrêt du 14 décembre 1903.

Ministère public : M. Leloir ;
Avocat demandeur : Me Decori ;
Avocat défendeur : Me Poincarré.

La Cour,

Considérant qu'au mois de mai 1899, Mademoiselle X, alors majeure, a été placée par ses parents et de son consentement comme pensionnaire libre, dans la maison de santé du Dr Duhamel, à Fontenay-sous-Bois, pour y être soignée d'une maladie nerveuse avec idées de suicide ;

Que deux fois déjà elle avait tenté de se donner la mort chez ses parents ;

Que Duhamel, sur la vue d'un certificat médical dont il avait exigé la production, attacha à sa personne deux infirmières pour la surveiller nuit et jour ;

Que cependant, le 29 juin, trompant cette surveillance, elle parvint à s'enfermer dans les W. C. où elle se pendit avec une bande de toile qu'elle avait préparée ;

Que X prétend rendre Duhamel responsable de cette mort ;

Mais considérant que, sans qu'il y ait lieu d'examiner si la clairvoyance des parents n'a pas été en défaut, en imposant à leur fille une réclusion qui devait exaspérer chez elle les idées obsédantes dont ils n'ignoraient pas la cause, c'est à tort qu'ils reprochent à Duhamel de l'avoir adressée dans son établissement qu'ils ont eux-mêmes choisi et qui est emménagé spécialement pour le traitement des maladies de cette nature ;

Que Mademoiselle X y a reçu les soins médicaux en usage dans cette maison et a été entourée d'une surveillance constante ;

Que les époux X sont d'autant moins fondés à critiquer la disposition intérieure de certaines parties de cet établissement que leur fille, ni interdite ni séquestrée, acceptant ces soins et cette surveillance par un acte de sa volonté, soumise à l'autorité de ses parents, ne pouvait être l'objet que d'une surveillance discrète, de nature à ne froisser aucun de ses sentiments intimes ;

Qu'elle a employé la force pour s'y soustraire et

qu'il n'est pas établi que cette surveillance se soit un instant relâchée ;

Qu'il n'est pas établi non plus, comme le soutient X. et l'ont admis les premiers juges, que ce soit par suite d'un défaut de surveillance qu'elle ait pu se procurer la bande de toile avec laquelle elle s'est pendue ;

Qu'on ignore comment et depuis quand elle la possédait ;

Que rien n'en avait fait soupçonner l'existence et n'aurait justifié une visite corporelle qu'on reproche à Duhamel de n'avoir pas faite et à laquelle Mademoiselle X. aurait pu se refuser ;

Par ces motifs :

Infirme le jugement dont est fait appel ;

Décharge Duhamel des condamnations et dispositions lui faisant grief ;

Déclare X. mal fondé dans ses conclusions, l'en déboute ;

Ordonne la restitution de l'amende ;

Condamne X. aux dépens de première instance et d'appel, dont distraction est faite au profit de Me B. avoué, qui l'a requise aux offres de droit.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de Lot-et-Garonne.

Procès-verbal de l'assemblée générale du 28 janvier 1904.

Le 28 janvier 1904, sous la présidence de M. Chanteloube, a eu lieu, à Agen, une réunion générale du Syndicat.

Sont présents : MM. Amblard, Andrieu (Alain), Andrieu (Albert), Barret de Nazaris, Berguin, Boisvert, Cassius, Chaulet, Cloupet, Bonnel, Cortès, Courret, Deu, Duffau, Dubosc, Ducasse, Fabre, Fourestie, Gayral, Gaulejac, Jagou, Lalande, Lavergne, Monferran, Montheil, Orliac, Paganel, Renoux, Ricard, Roulliès, Routier, Sauné, Sourbès.

Se sont excusés et ont donné au Bureau pouvoir pour les représenter ; MM. Bache, Brianson, Cellerin, Chambon, Caubon, Capdeville, Dubosc, Dantin, Dèche, Fourquet, Issoulier, Guy, Guérineau, Gabourin, Labat, Laborde, Larbès, Martin, Martinet, Mendousse, Mondineu, Morange, Mourgues, Pons, Périneau, Raine, Reilhac, Samondès, Selsès, Tel, Termes, Bacqué, de la Barrière

Le procès-verbal de la dernière assemblée générale est adopté, après lecture, sans observation.

Sont admis au scrutin secret, comme membres du Syndicat, présentés par les membres du Bureau : MM. Duffau, de Villeneuve sur-Lot ; Lalande (Philippe), de Layrac ; Sauvan, de Gavaudun.

Le Président ouvre la séance et remercie ses confrères de l'honneur qui lui est fait en l'appelant à la direction du Syndicat. Il craint de se trouver inférieur à la tâche qui lui est imposée. Mais il met tout son zèle, toute son activité au service de l'Association. Ce qui le rassure, c'est qu'avec les collaborateurs qui l'entourent et dont il a pu apprécier le dévouement en toute circonstance, il a l'espoir de bien conduire la barque à lui confiée et de diriger droit le gouvernail.

Il rend hommage au Dr Bache, le père fondateur, qui, le premier, a émis l'idée de la combinaison qui provoque dans toute la France un retentissement profond. Il remercie tous les collaborateurs, dont il a pu apprécier le zèle et le dévouement ; il se défend de vouloir prononcer un discours et termine par ces mots : « Assez de paroles : un syndicat doit agir et ses actes doivent prouver sa vitalité ».

L'assemblée accueille avec enthousiasme les paroles du Président, et, pour lui prouver qu'elle comprend comme lui la direction du Syndicat, passe immédiatement à l'ordre du jour.

SITUATION FINANCIÈRE

Le Secrétaire-Trésorier expose la situation financière :

Recettes	1.047.90
Dépenses	371.95
En caisse	775.95

La somme a été versée entre les mains du nouveau trésorier, M. de Gaulejac. Les cotisations de l'année 1904 n'ont pas été recouvrées. L'abonnement à la *Fédération médicale* du Sud-Ouest, pour l'année 1905, a été réglé.

L'assemblée approuve la gestion financière dont il vient de lui être donné connaissance.

M. Cloupet demande la parole pour soumettre à l'assemblée les réclamations de médecins âgés, ayant exercé longtemps dans le Lot-et-Garonne et ayant laissé finir l'année 1903 pour envoyer leur adhésion à la caisse des retraites. Ne pourrait-on pas prolonger le délai de quelques jours, en 1904, pour leur permettre de profiter des avantages que leur assure un long exercice dans le département.

Après discussion, l'assemblée constate que les médecins dont il s'agit, MM. Dhem, Deu et Cadiero, ne remplissent pas les conditions imposées par l'article 2 des statuts ; qu'ils n'exercent plus la médecine, ne paient plus de patente et n'ont pas envoyé leur adhésion en 1903 ; que leur refus d'adhérer est regrettable, alors qu'en 1903 la porte était largement ouverte : que, dans une affaire d'assurance et de mutualité, la question de sentiment devait être écartée ; qu'il serait mauvais d'inaugurer la gestion de la caisse des retraites par une violation des statuts ; qu'en conséquence, le comité des directeurs se voit, avec regret, dans l'obligation stricte de maintenir les statuts et de demander à l'assemblée le refus du délai qui lui est demandé.

Après ces explications, l'assemblée, à l'unanimité, vote la stricte application des statuts et rejette les réclamations de MM. Dhem, Deu et Cadiero.

Ils peuvent, s'ils le désirent, faire partie du Syndicat, mais sans profiter des avantages promis par l'article 25 des statuts de la Caisse des retraites.

Le Trésorier expose à l'assemblée que, sur les 50.000 francs versés au Syndicat par le département, une fois toutes les obligations remplies, il restera une somme disponible de 16.000 francs. Il propose de la distribuer aux vingt médecins qui remplissent les conditions exigées par les statuts.

Le Président expose que, conformément à l'article 39 des statuts, le comité directeur demande à l'assemblée d'ajouter au premier paragraphe

de l'article 3 : « En 1903 seront admis, sans condition d'âge, tous les médecins exerçant actuellement la médecine dans le Lot-et-Garonne », un deuxième paragraphe ainsi conçu : « A partir de 1904, il faudra demander son admission avant l'âge de quarante ans, pour jouir de tous les avantages offerts par la Société. Les médecins qui demanderont à entrer dans la société après cet âge n'auront droit qu'aux avantages suivants :

Age d'entrée.	Age de la pension	Chiffre de la pension	Caisse des veuves
41 ans...	60 ans. ...	1.200	1/2 droit
42 ans...	60 ans.....	1.200	1/2 —
43 ans...	60 ans.....	1.200	pas de droit
44 ans...	60 ans.....	1.200	—
45 ans...	60 ans.....	1.200	—
46 ans...	61 ans.....	1.100	—
47 ans...	62 ans.....	1.000	—
48 ans...	63 ans.....	900	—
49 ans...	64 ans.....	800	—
50 ans ..	65 ans.....	700	—
51 ans...	66 ans.....	650	—
52 ans...	67 ans.....	700	—
53 ans...	68 ans.....	800	—
54 ans...	69 ans.....	900	—
55 ans...	70 ans.....	1.000	—

Telle est la teneur du deuxième paragraphe qui vient compléter l'article 3. Cette addition, ajoute le Président, est faite pour remplir la condition demandée par la Préfecture par le contrat ; que le Syndicat serait ouvert à tous les médecins qui viendraient s'établir dans le Lot-et-Garonne. Le Président en donne acte à l'assemblée générale qui sera appelée à se prononcer dans la prochaine réunion générale.

L'article 16 sera ainsi modifié : Tout confrère, absent du département une ou plusieurs années, ou cessant d'exercer momentanément la médecine pendant une ou plusieurs années, sera, à son retour ou au moment de la reprise de la profession, réintégré de plein droit, mais il devra payer une indemnité qui sera calculée d'après les principes formulés à l'article 15.

Conformément à l'article 39, cette modification sera soumise à l'approbation de la prochaine assemblée générale.

Le Président ajoute : Quelle attitude le corps médical doit-il avoir à l'égard des maires qui ne font rien pour arriver à l'application de la loi ?

Le corps médical n'a pas à intervenir, il suffit qu'il montre, par son attitude, qu'il est prêt à remplir les conditions acceptées par lui, et que, si le service ne fonctionne pas dans les communes, il ne peut en être rendu responsable.

Il expose ensuite que le service de l'Assistance médicale gratuite, celui du Bureau de bienfaisance et celui des services communaux autonomes sont parfaitement distincts.

Tout ce qui est relatif à l'Assistance médicale gratuite rentre dans le prix de l'abonnement consenti par le Conseil général.

Les Bureaux de bienfaisance ont, au contraire, une organisation distincte. Ils jouissent d'attributions spéciales consenties par des legs et des dons ; ils ont des charges spéciales qui ne rentrent pas dans les attributions de l'Assistance médicale gratuite. Les médecins peuvent donc être amenés à toucher pour ces services, qui ne rentrent pas dans le cadre de l'Assistance médicale gratuite, des honoraires spéciaux qui peuvent se cumuler avec la somme affectée par le département au service de l'Assistance médicale gratuite.

Par l'application de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1903, les communes qui justifient remplir d'une manière complète, leur service d'Assistance envers leurs malades, peuvent être autorisées par une décision de M. le Ministre de l'intérieur à avoir une organisation spéciale. Elles se placent ainsi en dehors de la loi, ou tout au moins de l'article 28 et par conséquent, n'auront plus qualité pour réclamer le bénéfice des subventions que cette loi impose au département.

Ces créations peuvent avoir une influence néfaste sur l'organisation de l'Assistance médicale gratuite. Aussi le Président appelle sur ce point l'attention de ses confrères et les engage à ne pas accepter à la légère de traiter avec ces organisations autonomes sans avoir pris l'avis du Bureau du Syndicat. Il propose à l'assemblée de voter la résolution suivante :

« Aucun membre du Syndicat ne contractera d'engagement avec les municipalités désirant établir dans leur commune un service autonome d'assistance médicale gratuite, sans en référer au bureau du Syndicat. Celui-ci, après examen, prendra une décision qui sera de nature à sauvegarder les intérêts de la Caisse de retraites et qui aura force de loi. Le confrère qui refusera de s'y soumettre sera, par application de l'article 13 des statuts, considéré comme démissionnaire. »

Après discussion, l'assemblée vote, à l'unanimité des membres présents ou représentés, la proposition soumise par le Président.

Après le vote, il ajoute : « Le Bureau du Syndicat vous demande d'assister autant que possible aux réunions du Bureau d'assistance, et de le renseigner sur le nombre des inscrits, surtout lorsque ce nombre semblera s'éloigner de la moyenne prévue.

Le Président demande à l'assemblée de désigner, conformément à l'article 6 du traité, un membre du Syndicat qui sera accrédité, dans chaque arrondissement, auprès de l'administration et des autorités locales.

A l'unanimité, l'Assemblée désigne :

Pour l'arrondissement d'Agen, M. Chanteloube;

Pour l'arrondissement de Marmande, M. Courret ;

Pour l'arrondissement de Nérac, M. Darlan;

Pour l'arrondissement de Villeneuve, M. Ducasse.

Le Président demande ensuite à l'assemblée de désigner deux membres du Syndicat qui doivent, en vertu de l'article 70 de la loi d'Assistance, faire partie de la commission du contrôle.

L'assemblée désigne à l'unanimité MM. Ricard et Roulliès.

Le secrétaire,

Dr Cassius.

CHRONIQUE DU CHARLATANISME

Au 30e Arrondissement.

Dans un logis d'ouvriers, on attend anxieusement le célèbre docteur Kiméritraiquoullfoutalo.

Cet exotique vient d'annoncer qu'il allait reve-

nir faire « ouné ponctioné à cé pouvré moussié qui a ouné plourésie ».

K..., arrive :

— « Vous avez dé la çance de m'avoir appelé, il n'y a pas ouné médécin commé moi au 30e arrondissement pour faire ouné ponctioné ; zé soui l'élève du professeur Potain, qui mé disait : « M. K..., il n'y a personne pour faire ouné ponctioné commé vous. »

Zé souis, d'ailleurs lé médécin d'un ministre (1), zé guéris les meninzites, non, zé vous lé dis : il n'y a pas ouné médécin, commé moi dans l'arrondissement (2).

Vous allez voir, vous né sentirez rien et zé vous sauvérai. »

Et K..., d'enfoncer son aiguille si maladroitement qu'elle vient buter en plein sur la côte ; l'aiguille se fausse, le malade commence à perdre patience ; enfin K... retire son aiguille, la change contre une autre ; et, cette fois, a la chance de pénétrer dans la plèvre.

Mais aucun liquide ne vient.

Cependant le point qui a été l'objet de la première tentative de ponction donne un peu de sang, alors notre K..., en recueille un peu sur son doigt et s'écrie :

— « Vous avez ouné plourésie d'ouné natoure toute spéciale, c'été cé sang, cé mauvais sang qui l'avait causée, zé l'ai tiré ».

L'entourage était bien un peu étonné de ne pas voir de liquide et K..., sentant que la confiance en lui abandonnait ses clients, se met à dire :

— « Ténez, z'étais si ami avec lé professeur Potain, qué quand il est mort, il m'a laissé son instrument, lisez sur la boîte : Aspirateur du Dr Potain ! »

Cependant K..., étant parti, la famille un peu étonnée de cette « plourésie d'ouné natoure spéciale » appela le Dr V..., qui diagnostiqua d'ailleurs une pneumonie.

Le Dr V.. n'apprit que plus tard, par la famille, cette invraisemblable histoire ; il l'a contée au Dr M., de qui je la tiens.

Dr Paquet.

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

X... (Tarn-et-Garonne), 22 février 1904.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire, dans le *Concours médical* du 20 février, l'article qui a pour titre : « L'exercice illégal de la médecine ». Si c'est une revue que vous entreprenez sur les documents que vous pouvez recueillir de tous les coins de la France, elle sera longue : nous avons tous beaucoup à raconter là-dessus ; très souvent d'ailleurs les mêmes faits : les noms seuls sont à changer suivant les régions.

Mais je tiens à vous signaler un cas sortant de l'ordinaire et qui émanerait, dit-on, d'un groupe de médecins diplômés et patentés. Sous la rubrique : « Courrier médical du lundi », un quotidien de Toulouse, le *Télégramme*, publie chaque semaine une correspondance accompagnée de conseils de diététique ou d'hygiène générale. Vous pourrez en juger d'ailleurs par le spécimen ci-joint :

(1) Ce n'est, hélas ! que trop vrai.
(2) C'est bien heureux pour les habitants du 30e.

Courrier Médical

DU LUNDI

Ce que nous devons manger.

« Le nombre de lignes qui nous sont accordées par l'administration du *Télégramme*, pour notre « Courrier », nous étant compté avec une parcimonie souvent regrettable, nous ne pouvons entrer aujourd'hui, dans tous les détails que comporterait le thème que nous choisissons : « les Aliments ».

« Au lieu de généraliser, nous nous contenterons de parler de ceux qui font l'objet quotidien de notre nourriture, sans entrer dans des détails de cuisine que nous ignorons, du reste, dussions-nous nous attirer la colère des gourmands, des Watel et des Brillat-Savarin modernes.

« Nous dirons d'abord que le règne végétal exclusif affaiblit au physique et au moral et que le régime trop carné prédispose aux congestions et à la goutte.

« La viande est en première ligne, comme fortifiant, à cause de ses principes azotés et minéraux.

« Le poisson a une valeur nutritive moindre malgré sa teneur très grande en phosphore, etc ».

Et cela continue ainsi jusqu'à la partie intéressante que voici :

Réponses gratuites aux consultations demandées sans timbres-poste.

B. C. D. (*Lavelanet*). — Opération très urgente à faire. Nous vous indiquerons un chirurgien.

Vidian (*Carcassonne*).— La laparotomie est nécessaire quand il y a des coliques hépatiques à répétition sans ictère. Le chirurgien dont vous parlez est très habile.

B. (*Lésignan*). — Rhumatisme blennorrhagique nécessitant traitement spécial à indiquer par lettre.

Mme Claude (*Saint-Gaudens*). — Si vous avez une dilatation d'estomac, pas de repas copieux, pas trop de liquides. Teinture noix vomique, 4 gouttes par jour, massages.

B. (*l'Isle-en-Dodon*). — Nous vous enverrons par lettre le traitement de la pelade.

Caroline (*Pamiers*). — Nous certifions l'expulsion du ver solitaire sans danger et sans purgation.

T. J. C. 1878. — Allez chercher notre réponse bureau restant.

209 B. — Avons-nous répondu ? Si non, vous feriez bien d'envoyer un timbre pour la réponse.

Lilas blanc (*Lésignan*). — Pour pouvoir vous être agréable comme il faut, envoyez un timbre-poste pour la réponse.

P. X. Y. (*Ferrals-d'Aude*). Nous sommes toujours à la recherche d'un épilatoire ; il se fait à ce sujet des expériences journalières sans un résultat absolu.

Eczémateuse (*Maureilhan*). — Envoyez-nous un timbre. En attendant notre réponse, couvrez la partie atteinte de poudre de Tinkal, qui vous servira également de poudre de riz.

X. (*Narbonne*). — Envoyez détails. Nous ne pouvous répondre que par lettre pour les maladies des voies urinaires.

Mlle de B. (*château de X.*).— Votre névrose et vos insomnies, guéries par l'Ammonium Nervin, nécessitent à présent des promenades, du travail, des distractions; revenez de temps en temps à l'Ammonium, le soir seulement.

Cent kilos. — Pas de farineux, de sucre, d'aliments graisseux, exercice, eaux alcalines. Ecrivez avec timbre

Ch. Bt. (*Figeac*). — Le sirop de Gibert. Une cuillerée chaque jour seulement, mais n'oubliez pas les reconstituants.

Veuve C. (*Limoux*). — Contre les démangeaisons, applications fortes de Tinkal, après un lavage, matin et soir, d'eau chaude de sureau au borate de soude.

C... (*Auch*). — Vous devez attribuer la névralgie intercostale à la syphilis. Ecrivez, indiquerons traitement.

Peur du diabète..— A l'état normal, le sang artériel contient 1 gr. 30 de sucre par litre, le sang veineux 0, 90 ; comme vous le voyez, rien à craindre. Modérez-vous cependant.

M..., receveur des domaines. — On entend par dyspepsie la difficulté habituelle de la digestion : c'est de l'hérédité goutteuse chez vous, vos ascendants l'étaient tous. Ecrivez avec timbre.

Léran (*Loupiac*). — Sublimé 10 grammes, chlorhydrate d'ammoniaque 30 grammes, eau 2 litres; épongez parquets, laisser sécher sans essuyer. Formol. Lessiver linges pour assainir appartement tuberculeux.

Un peu d'espoir (*Narbonne*). — Employez le Tinkal à pleines mains tout le temps jusqu'à guérison. Notre réponse un peu tardive !

Marie-Louise (*Saint-Clar*). — Pourquoi ne pas envoyer un timbre ? On vous répondra et vous aurez pleine satisfaction.

Insomnies (*Tarascon*).— Système nerveux ébranlé. Evitez émotions, et Ammonium Nervin à continuer jusqu'à guérison.

Eczéma (*Gimont*). — Nous enverrons le traitement par lettre particulière.

Diabétique (*Castres*). — La soif ardente que vous éprouvez et l'amaigrissement sont des symptômes sûrs du diabète ; faites analyser les urines. Nous enverrons traitement.

Emma (*Narbonne*). — Les granulations de la gorge doivent être examinées par un spécialiste. Nous guérirons votre anémie.

Mère inquiète (*Sigean*). — Les glandes du cou et les croûtes à la tête dénotent un tempérament lymphatique à corriger. Indiquerons traitement très sûr par lettre.

Voulant être belle. — La femme a le droit et le devoir d'être belle. Envoyez un timbre, on vous enverra, par lettre particulière, tous les moyens de le devenir.

Mme de C... (*Aurillac*). — Nous craignons la tuberculose; faites examiner l'enfant par votre médecin.

Bec-de-lièvre. — S'il est simple, faites opérer vers le troisième mois. Après six mois, attendez la fin de la dentition.

De M... (*Paris*). — Les angiomes se guérissent très bien avec l'électricité.

Pour éviter les fausses directions, ne mettez sur vos lettres que ces simples mots : « Courrier médical du *Télégramme*, Toulouse. »

Ici, on ne saurait parler d'exercice illégal ; la rédaction trahit un médecin. Mais jusqu'à quel point est-il licite à ce dernier de vendre sa collaboration à un journal quelconque, surtout en gardant l'anonymat? En se plaçant à un autre point de vue, je reconnais que ce système de rabattage est très ingénieux ; quelquefois on peut lire aussi ceci : « Ayez confiance en votre médecin : nous le connaissons, il est habile ». Ces jugements me paraissent pleins de saveur. Ainsi, dans la région, nous sommes tous exposés à trouver, un jour ou l'autre, un juge de notre valeur professionnelle — bienheureux seronsnous quand il l'appréciera favorablement, ou même avec impartialité, et quand il ne nous enlèvera pas nos clients pour se les approprier. Ce n'est pas que le contrôle de nos diagnostics et de nos traitements doive nous gêner. Mais la consultation, sous toutes ses formes, dans le cabinet et au lit du malade, y suffit amplement : au moins, en présence du confrère appelé, pouvons-nous soutenir notre diagnostic par tous les arguments qui nous l'ont fait adopter. Enfin, le consultant *examine* le malade : cela m'amène au troisième grief que j'ai à formuler. Si les principes déontologiques sont violés, c'est affaire entre nous, médecins, et le public n'en a cure. Mais ce qui peut le frapper à la lecture de ces correspondances, c'est l'inutilité absolue pour eux de se déranger et d'aller payer 2 fr. ou plus, chez un médecin, les conseils et même les prescriptions médicinales qu'ils peuvent se procurer pour rien, ou presque rien : le prix d'un timbre-poste. La réponse vaudra même davantage, puisque le médecin du journal habite la grande ville, et que, ne les connaissant pas, il n'est poussé que par des sentiments altruistes.

En un mot, et pour clore ce trop long débat, que peut-on voir là dedans? Exercice illégal? Violation des règles de la déontologie ? Ou simple abus de confiance d'un médecin que les difficultés de diagnostic n'arrêtent jamais, puisqu'il en ignore les éléments (il faudrait être médecin soi-même pour le renseigner à fond sur les manifestations de la maladie) ? Si les tribunaux ne peuvent être saisis, je désire plus que jamais la création d'un ordre des médecins.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de mon dévouement et de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr X.

Nouvel abonné au *Concours médical*.

P. S. — Puisque l'abonnement au journal entraîne l'adhésion à la Société du Concours médical, veuillez me faire connaître les statuts et les conditions de cette adhésion. S'il faut un parrainage, veuillez me dire à quels confrères de la région je puis le demander ?

Je dois à la vérité de vous dire avec quel intérêt je lis le *Concours médical*. Comme tant d'autres, abreuvé d'ennuis de toute sorte, dégoûté parfois, bien que je ne fasse de la clientèle que depuis un an, et n'ayant pas encore eu le temps de m'habituer à sa vilenie, j'ai au moins la consolation de penser que, si j'ai des difficultés, je trouverai un appui ferme et bienveillant dans le « Concours médical ». Je ne me trouverai point isolé, et mon énergie s'accroîtra d'autant. Je vous remercie de m'avoir fait connaître votre œuvre.

Dr X.

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître : *Manuel formulaire des juges de paix pour l'application des lois sur les accidents du travail*, chez Livoir-Hannuy (Vouziers), par A. Mogeot, juge de paix de Machault (Ardennes), Prix : 4 francs.

Nous engageons vivement nos lecteurs à lire cet intéressant ouvrage. Bien que destinée aux juges de paix et à leurs greffiers, cette brochure peut être consultée avec fruit par les médecins. Ils y trouveront des indications précises et utiles sur le rôle qu'ils sont appelés à jouer dans l'application de la loi sur les accidents du travail.

S'agit-il du certificat médical? L'auteur détermine (p. 65) les points que le médecin doit s'attacher à préciser scrupuleusement, c'est-à-dire, l'état de la victime ; puis les suites probables, et enfin l'époque où il sera possible de connaître le résultat définitif de l'accident.

Lorsque le juge de paix fait l'enquête prescrite par la loi, il doit tenir compte des certificats délivrés et vérifier s'ils rendent un compte suffisant de l'état du blessé.

Il a le devoir, lorsque l'insuffisance de ces certificats lui apparaît comme probable, de provoquer une expertise en se conformant aux règles sur la matière (p. 75 et 76).

L'expert ne devra, dans aucun cas, être le médecin attaché à l'entreprise, ni celui qui a soigné le blessé.

Passant en revue les diverses conditions dans

lesquelles doivent se produire ces expertises, l'auteur démontre que l'intervention médicale doit être la base même de l'application de la loi, car, il ne faut pas l'oublier, le médecin en est la cheville ouvrière; rien ne peut se faire sans son intervention, sans ses déclarations d'expert, seul compétent en matière d'accident et des conséquences physiologiques des blessures.

La question de la compétence judiciaire amène l'auteur à discuter l'art. 15 de la loi (p. 111 à 120).

La liberté du choix du médecin, ayant pour corollaire la fixation d'un tarif, amène chez l'auteur des considérations très judicieuses. Il dit l'embarras du juge lorsqu'il n'existe pas de tarif de l'assistance médicale gratuite dans le département où il se trouve. Je relève, à cette occasion, une heureuse formule qui résume, en définitive, toutes les revendications du corps médical sur ce sujet.

Le prix qui doit être fixé, déclare-t-il, *est le prix minimum que les médecins de la localité ont l'habitude de réclamer aux moins fortunés de leurs clients.*

C'est là la définition même du tarif ouvrier.

Bien que certaines des opinions émises ne soient point absolument les nôtres, nous devons reconnaître qu'un grand sentiment d'équité domine tout cet ouvrage.

Dr de GRISSAC.

Secrétaire général du « Sou médical ».

REPORTAGE MÉDICAL

Liberté ou réglementation de la profession médicale. — M. le Dr Lereboullet vient d'offrir à l'Académie un article intitulé « La profession médicale, liberté ou réglementation », publié dans la *Revue du Droit public et de la Science politique* dirigée par M. Larnaude, professeur à la Faculté de droit de Paris. Cet article, qui répond à un commentaire de la loi prussienne du 25 novembre 1899, fait par M. Karl Endles, a pour principal objet de montrer que si jamais le corps médical français demande la création de chambres médicales et de tribunaux d'honneur, ce sera dans le but d'obtenir une loi de liberté, de protection et de défense et non pas, comme on l'a fait en Prusse, une loi de répression et de défiance.

La loi sur les aliénés. — A la faveur de quelques affaires retentissantes, où nous voyons en cause des journalistes, des députés, des aliénistes en renom, la proposition Dubief a paru à l'ordre du jour de la Chambre. Mais on a donné le pas sur elle à plusieurs grosses lois politiques qui, interrompues de temps à autre par de bruyantes interpellations, la renverront à 1904, si ce n'est plus. Et nos pauvres confrères resteront pendant des mois encore en butte aux responsabilités, aux suspicions et aux reproches.

Société de médecine tropicale. — Cette société, fondée le 11 décembre 1901 par les élèves de l'Institut de médecine coloniale de Paris, vient de tenir sa première réunion, le 27 janvier dernier.

Son bureau est ainsi constitué : Président : M. le Professeur Brouardel. Vice-Présidents : MM. les Professeurs Le Dentu, et Raphaël Blanchard. Secrétaire général : M. le docteur Wurtz, professeur agrégé. Secrétaires : M. le docteur Langeron, M. Tanon, interne des hôpitaux. Trésorier: M. Léon Dyé. Archiviste-bibliothécaire : M. Léopold Rodriguez.

La Société tient ses séances le 4e mercredi de chaque mois, à cinq heures, au Laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine. Elle comprend déjà un nombre important de membres, tant français qu'étrangers ; trois de ces derniers font partie du conseil. La Société se propose en effet, de grouper tous les médecins, voyageurs, naturalistes, colons, etc., aussi bien étrangers que français, qui s'intéressent aux questions de médecine et d'hygiène des pays chauds.

Congrès national périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie. — Secrétaire général : Dr Albert Martin, professeur à l'Ecole de Médecine, 6, place de la Cathédrale, Rouen. — La quatrième session du Congrès périodique national de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie, se tiendra à Rouen du 5 au 10 avril 1904, sous la présidence de M. le Dr Richelot, professeur-agrégé à la Faculté, Chirurgien des Hôpitaux de Paris et Membre de l'Académie de Médecine.

La section de gynécologie sera présidée par M. le Dr Richelot, président général du Congrès ; la section d'obstétrique, par M. le Dr Guillemet, professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes ; la section de Pœdiatrie, par le professeur Kirmisson, membre de l'Académie de Médecine.

Tout médecin, administrateur, philanthrope, étudiant en médecine ou sage-femme, peut adhérer au Congrès.

Le montant de la cotisation pour les Membres du Congrès est de 20 francs. Il donne droit aux comptes-rendus imprimés, à la réduction de 50 % que le Comité a obtenue pour les billets de chemins de fer des Compagnies de l'Ouest, du Nord et de l'Etat, à la diminution qu'il a également obtenue sur les frais de séjour dans les principaux hôtels de Rouen.

Les dames appartenant aux familles des membres du Congrès sont invitées à assister aux séances et à prendre part aux excursions et aux fêtes organisées par le Comité. Elles jouiront des mêmes avantages matériels accordés aux adhérents du Congrès. Le montant de la cotisation qu'elles auront à verser est de 10 francs.

Les adhésions et cotisations sont reçues par le Secrétaire général du Congrès, Dr Albert Martin, Professeur à l'Ecole de Médecine, 6, place de la Cathédrale, à Rouen.

Dès le versement de leur cotisation, un reçu, signé du Secrétaire général et du Trésorier du Congrès, sera adressé immédiatement à chaque adhérent.

Un résumé des rapports et le programme détaillé seront envoyés aux membres inscrits du Congrès, quinze jours au moins avant l'ouverture.

Les membres qui ont l'intention de présenter des communications sont priés d'envoyer le titre et le résumé au Secrétaire général du Congrès avant le 10 mars 1904, terme de rigueur.

Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 10 minutes, et les orateurs qui prendront part aux discussions ne pourront parler plus de 10 minutes.

Les membres qui prendront part aux discussions devront remettre aux Secrétaires des sections, avant la levée de la séance, un résumé de leurs objections.

La publication des comptes rendus devant se faire très peu de temps après la clôture du Congrès, afin de conserver aux questions étudiées tous caractères d'actualité, le règlement ci-dessus exposé sera rigoureusement observé.

En même temps que le bulletin d'adhésion, prière d'adresser de suite au Dr Albert Martin l'itinéraire à suivre sur les Compagnies du Nord, de l'Ouest et de l'Etat. Cet itinéraire doit répondre à la distance la plus courte entre la gare de départ et celle de Rouen.

Le vaccin de l'Académie. — Depuis un an, le ministère attendait la réponse de l'Académie à cette embarrassante question : « Comment allons-nous organiser votre petite boutique vaccinale » . — Rien ne venant, M. Monod fit parvenir l'autre jour à ce corps savant un ultimatum en bonne et due forme. On a inséré celui-ci au *Bulletin*.

Pourquoi, après tout, ne pas s'en tenir là ? — A cause des demandes des préfets, paraît-il. Mais de quoi se mêlent ces derniers? Personne ne restera

privé de la vaccination si on veut bien laisser les médecins la pratiquer comme ils l'entendent. — Possible, seulement nous ne voulons la payer que cinq sous, disent les autorités. — Ah ! très bien, alors tout s'explique. Oui, oui, voyez génisses ambulantes, Académie, vaccination par les instituteurs, et autres géniales inventions des années dernières. Les médecins n'en pincent pas pour l'article de bazar.

L'exercice illégal dans les Vespasiennes. — A la dernière séance du Syndicat de la Seine, M. le Dr Levassort constatant la bonne volonté de l'Administration parisienne à étudier l'application des mesures prises à Lyon par le Dr Augagneur, et aussi le préjudice qui lui serait causé par la cessation de la publicité de ces édicules, a émis l'idée originale que les Ligues hygiéniques et notamment la Ligue antivénérienne s'assurent cette publicité.

Concours pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire en 1904. — Un concours s'ouvrira, le 17 juin 1904, pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire établie près la faculté de médecine de Lyon.

Peuvent y prendre part les étudiants en médecine ayant quatre inscriptions pour le doctorat. Ils doivent préalablement justifier qu'ils sont Français ou naturalisés Français et qu'ils ont eu, au 1er janvier de l'année du concours, moins de vingt-trois ans.

Néanmoins, les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats, qui auront accompli au 1er juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de vingt-cinq ans à cette même date et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves.

Les épreuves écrites auront lieu, le 17 juin, dans les villes suivantes :

Alger, Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours.

Les épreuves orales auront lieu : à Paris (le 1er août), à Nancy (le 5 août), à Lyon (le 8 août), à Marseille (le 12 août) à Montpellier (le 16 août), à Toulouse (le 19 août), à Bordeaux (le 25 août), à Rennes (le 29 août).

Le registre d'inscriptions sera ouvert du 1er au 21 mai 1904 dans les préfectures de chaque département. Les demandes de bourses devront y être déposées pendant la même période par les parents ou tuteurs des candidats.

L'inspection permanente des hôpitaux parisiens. — M. Mesureur vient de décider que les inspecteurs des hôpitaux vont se livrer à une enquête rigoureuse sur tous les gaspillages signalés, à tort ou à raison et que tous les services seront passés en revue avec la plus grande minutie. — Si cette tâche est bien et complètement remplie nous serons curieux de savoir combien on découvrira de malades qui auront sans droit usurpé les lits des pauvres. Mais cela fait-il partie du programme !

Syndicat médical de Lille et de la région. — Le bureau pour 1904 est composé comme suit : MM. Hœchstetter, président ; Carrière, Faucon, Gallois, Thibaut, vice-présidents ; Valentin, secretaire général ; Vandeputte, secretaire des séances ; Derode. trésorier.

Syndicat médical de Tourcoing. — Le bureau pour 1904 est composé comme suit : MM. Brunet, président ; Cuisset, vice-président ; Playoust, trésorier ; Defossez, secrétaire.

Syndicat médical de Roubaix. — Le bureau pour 1904 est composé comme suit : MM. Bettremieux, président ; Labbe, Rousseau, vice-présidents ; Desrousseaux, secrétaire.

Faculté et Hôpitaux.

Résultat du concours d'agrégation en médecine :
Paris : MM. Carnot, Claude, Balthazard, Labbé, Macaigne.
Montpellier : M. Ardin-Delteil.
Nancy : MM. Richer, Hoche.
Lille : M. Ingelrans.
Lyon : MM. Nicolas, Charvet.
Bordeaux : MM. Verger, Abadie.
Toulouse : MM. Cestan, Baylac.

M. Manouclian fera, à partir du 14 mars 1904, des exercices et démonstrations de technique histologique. Les exercices dureront 2 mois, à raison de deux séances par semaine de 2 h. à 4 h., les lundis et jeudis à partir du 14 mars 1904.

Le montant des droits à acquitter est de 50 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundis, mardis et jeudis et samedis, de midi à 3 h. (Guichet n° 3).

M. le professeur Brouardel recommencera son cours de medecine légale le vendredi 4 mars 1904, à 3 h. de l'après-midi, grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

M. Paul Garnier, chargé de cours, médecin en chef de l'infirmerie spéciale, commencera ce cours le samedi 5 mars 1904 à 2 h. et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure à l'infirmerie spéciale, 3, quai de l'Horloge.

M. Langlois, agrégé, commencera des conférences de physiologie, le vendredi 4 mars 1904 à 3 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

M. le professeur Gautier, membre de l'Institut, commencera le cours de chimie médicale le mardi 8 mars 1904, à 4 heures (amphithéâtre de chimie et de physique de la Faculté) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

M. Gosset, agrégé, commencera un cours complémentaire de pathologie externe, le samedi 5 mars 1904, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

M. Vaquez, agrégé, commencera des conférences de thérapeutique, le vendredi 4 mars 1904, à 6 heures (petit amphithéâtre de la Faculté) et les continuera les lundis, mercredis suivants, à la même heure.

M. Richaud, agrégé, commencera des conférences de pharmacologie, le mardi 8 mars 1904, à 5 heures (amphithéâtre de pharmacologie), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Gosset, agrégé, commencera un cours complémentaire de pathologie externe le samedi 5 mars 1904 à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

M. Teissier, agrégé, commencera des conférences de pathologie interne, le lundi 7 mars 1904 à 5 heures (petit amphithéâtre de la Faculté) et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

M. le Prof. de Lapersonne commencera un cours de perfectionnement de clinique ophtalmologique le mardi 12 avril 1904 à 3 heures à la clinique de l'Hôtel-Dieu. Ce cours aura lieu tous les jours à 3 heures. Chaque leçon sera suivie d'exercices pratiques. Prière de se faire inscrire à la Faculté.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année — N° 11 — 12 MARS 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Un certain nombre de médecins ont paru s'émouvoir du discours prononcé par notre confrère, M. le sénateur Treille, lors de la discussion du budget de l'Assistance médicale gratuite — j'avoue n'avoir pas compris pourquoi.

Des abus dans le service de l'Assistance ? Mais qui oserait dire qu'ils n'existent pas ? N'est-ce pas à nous, médecins, de chercher à les faire disparaître ? Et pour cela, n'est-il pas utile que nous les connaissions ?

Loin donc de blâmer le Dr Treille de les avoir dénoncés du haut de la tribune du Sénat, nous devons plutôt lui être reconnaissants de les avoir divulgués.

Et puis notre confrère est si amusant — et il était en verve — que je doute fort qu'il soit possible de relire son discours à l'*Officiel* sans être pris d'une douce gaité et rien de plus : l'éclairage à l'huile de foie de morue n'est peut-être pas inédit, mais la première communion au vin de quinquina restera légendaire !

Il a préconisé comme remède le système de l'abonnement ! — Soit, il s'est trompé. Eclairons-le à notre tour, montrons-lui quelle est son erreur, j'ai l'absolue conviction qu'il ne tardera pas à venir à récipiscence.

Des dispositions de la loi du 15 juillet 1893, l'une des meilleures, à coup sûr, est celle qui permet aux départements d'organiser le service à leur convenance. Si je rappelle mes souvenirs, je vois les membres des Bureaux du Concours et de l'Union des syndicats, exposer jadis les conditions variables dans lesquelles suivant les régions s'exerce la médecine, montrer que telle mesure, excellente dans le Nord, peut être détestable dans le Midi et réclamer précisément cette liberté d'organisation qu'a accordée la loi.

Nous avons eu un succès en l'obtenant, mais avons-nous su en tirer parti ? Ceci est une autre affaire.

Dans un certain nombre de régions, les Syndicats ont marché de l'avant, ont étudié l'organisation qui leur convenait le mieux et ont soumis leurs projets aux administrations locales. Le résultat a généralement été favorable, l'entente entre la Préfecture et le corps médical s'est établie et l'organisation du service est satisfaisante.

Trop souvent, au contraire, les médecins se sont laissé devancer, ils ont attendu, pour l'examiner, que l'organisation fût arrêtée et se sont bornés à des récriminations contre le fait accompli.

L'organisation alors est restée défectueuse ; les médecins, en présence de leurs intérêts lésés ou de leurs désirs mal accueillis, se sont désintéressés des conditions du fonctionnement du service et de la répercussion qu'elles pouvaient avoir sur les finances départementales : l'assisté veut tels ou tels médicaments — ils les lui donnent ; il veut de fréquentes visites — ils les lui font ; ils résistent d'autant moins qu'en hostilité plus ou moins ouverte avec l'administration, ils savent qu'en cas de plainte ou de récrimination, c'est à eux qu'on donnera tort.

L'expérience est faite et ce ne seront ni les circulaires, ni la menace des foudres administratives qui pourront y rien changer : il faut remon-

ter à la source du mal, examiner les conditions de ces organisations défectueuses et faire les modifications nécessaires.

Croit-on que si un Préfet, bien inspiré, appelait le Président du Syndicat médical et lui disait : « Le Service de l'Assistance fonctionne mal, je passe condamnation sur le passé, mais je désire qu'une entente commune remédie aux desiderata ; convoquez les membres du syndicat, étudiez avec eux l'organisation que vous préférez et qui, en même temps, fera disparaître les abus, et présentez-moi un projet de réorganisation ; je ne sais si je pourrai vous donner satisfaction sur tous les points, mais je ferai tout mon possible pour que nous marchions d'accord à l'avenir ». Croit-on, dis je, que si un Préfet tenait un pareil langage, il n'obtiendrait pas immédiatement un fonctionnement de beaucoup supérieur à celui qui existe ? Et cela ne vaudrait-il pas mieux que de trancher la difficulté au moyen d'un ukase qui risquera sans doute d'envenimer encore les choses ?

On établira le système de l'abonnement ; le plus souvent il sera considéré comme vexatoire, et le médecin mécontent n'aura-t-il pas tendance à exagérer encore les dépenses pharmaceutiques pour faire moins de visites ?

On limitera le chiffre des dépenses, et les mémoires, s'ils dépassent ce total, seront réduits proportionnellement — mais ne voit-on pas que cette solution immorale, il faut le dire, aura pour effet de frapper surtout ceux qui font consciencieusement leur service ? Et ne doit-on pas craindre que la tentation ne vienne à certains d'augmenter encore les abus, trouvant qu'ils seront toujours suffisamment réduits ?

Tous ces expédients se valent et seront inefficaces : le vrai, le seul remède consiste dans l'entente des administrations avec le corps médical et en dehors de cette entente indispensable on ne trouvera que des mécomptes.

Voilà ce qu'il faut faire comprendre en haut lieu — il est vrai que ce sera un peu nouveau dans les habitudes administratives.

Encore sera-ce si nouveau ? L'exemple de quelques départements prouverait que non.

Dans le Loiret — on me permettra de parler de mon département puisque je connais à fond son organisation — un Préfet a précisément tenu le langage que j'indiquais et c'est de concert entre le Syndicat médical et l'Administration que le réglement a été établi ; le résultat a été que le fonctionnement du service est aussi satisfaisant que possible et que M. Rondel, compétent en la matière, déclarait que le Loiret était certainement un des trois départements qui pouvaient être cités comme exemple.

Cela ne veut pas dire que tout soit parfait, mais enfin il n'y a pas de conflit et on ignore ces abus signalés par ailleurs.

En ce qui concerne la pharmacie, les médecins ont établi eux-mêmes la liste des médicaments portés au tarif, déterminé les prohibitions, fixé les doses maxima qui ne peuvent être dépassées dans une ordonnance ; le Syndicat des pharmaciens consulté a sanctionné ces mesures — personne ne peut donc protester contre elles, ni les trouver draconiennes. Le résultat est que le prix moyen de l'ordonnance oscille entre 1 fr. 50 et 1 fr. 60.

Un médecin dépasse-t-il la dose maximum ? le pharmacien, sachant que cette dose seule lui sera payée, fait lui-même la réduction. Un médicament défendu est-il prescrit ? il ne sera pas dé-

FEUILLETON

Les essences pour automobile

Le journal recevant encore des demandes d'éclaircissement sur la question de l'essence minérale, je vais ajouter quelques explications à celles déjà données.

Tous les hydrocarbures, série grasse ou série aromatique (éther, alcool, essences minérales, benzols, toluène, xylène, etc.) émettent, à l'air libre, des vapeurs dont le brassage avec l'air (au 1/7e pour l'essence) constitue un mélange explosible, mais de qualité non brisante (chlorure d'azote, nitro-glycérine etc.) L'explosion est d'autant meilleure que :

a) Le procédé d'inflammation du mélange est lui-même meilleur (valeur 8/10) ;

b) Que le brassage est plus intime, que l'air est mieux mélangé aux vapeurs (valeur 1/10.)

c) Quel hydrocarbure employé renferme plus ou moins de calories au-dessus de 10000 par exemple, (valeur 1/10) ;

L'alcool pur donne environ 6500 calories, nombre insuffisant. — L'alcool carburé avec le benzol 9500, nombre à peu près suffisant. Les essences de pétrole 10000 à 12000, suivant qu'elles sont plus ou moins raffinées. Depuis longtemps, les coureurs avaient remarqué qu'en ajoutant du pétrole lampant à leur essence, ils augmentaient la force de leur moteur. De là à employer l'essence minérale épicière il n'y avait qu'un pas, vite franchi.

Au point de vue économie :

a) Dix bidons d'essence raffinée de 5 litres chacun renferment environ 45 litres d'essence (perte 1/2 litre par bidon). Ils coûtent 2.50 ou 2.75 suivant la marque, soit en somme 28 ou 30 francs les 50 litres.

b) Un fût d'essence minérale ordinaire de 50 litres renferme environ 49 litres 1/2. Il coûte 19 ou 20 francs suivant la concurrence.

L'avantage est du tiers.

Au point de vue encrassage : L'essence ordinaire n'encrasse pas plus que l'essence raffinée. Ce qui encrasse un moteur, c'est (suivant l'ordre d'importance) :

a) De marcher avec insuffisamment d'avance ;

b) D'avoir une mauvaise étincelle ;

c) De marcher avec trop d'huile ;

d) D'avoir une mauvaise carburation.

D'ailleurs, la suie que l'usage dépose sur le fond du cylindre ne constitue pas un inconvénient au contraire. Elle augmente la compression. Contrairement à l'opinion courante, un moteur trop bien nettoyé, trop pétrolé, donne moins qu'un confrère bien plus mal soigné. Donnez à votre moteur toute l'avance à l'allumage qu'il peut supporter sans cogner et le moins de gaz possible. Plus un moteur à explosions tourne vite, plus les points morts sont vite franchis, moins l'appareil subit de fatigue, à la condition, bien entendu, que l'allure de la voiture soit proportionnée à celle du moteur.

Le départ, avec l'essence ordinaire, est peut-être un peu plus difficile. Il suffit d'intercaler dans le circuit un auto-trembleur, qui donne un départ instantané. Une fois le moteur en route, un commutateur supprime l'auto-trembleur, et il n'est pas nécessaire de changer la came.

Depuis que j'emploie l'essence ordinaire, mon flotteur s'est percé deux fois. Je ne sais s'il y a là une relation de cause à effet. En tous cas, je crois utile de nettoyer fréquemment le carburateur dont la toile métallique s'encrasse assez rapidement.

Dr Coup.

livré — et personne ne proteste puisque la réglementation a été établie par les intéressés eux-mêmes.

On pourrait dire qu'un tel mode de faire peut présenter des difficultés dans des cas exceptionnels — mais dans ces cas, il suffit au médecin de mettre sur son ordonnance une note signalant le cas et justifiant la transgression du règlement pour que toute difficulté disparaisse : les médicaments sont délivrés et payés sans observation. Et la chose est tellement rare qu'elle ne se présente pas, chaque année, dix fois dans tout le département.

Mais un tel mode de faire, on le conçoit, ne peut être imposé : il faut qu'il soit la conséquence de l'entente générale, ce qui l'empêche d'être vexatoire et ce qui le rend efficace, car il devra, lui aussi, varier dans ses détails suivant les besoins locaux.

L'essentiel est qu'il prouve les bienfaits de l'entente et sa possibilité.

Ce que je viens de dire du service pharmaceutique peut s'appliquer au service médical proprement dit. Le régime des visites et des consultations peut être réglementé d'un commun accord et là encore les abus disparaîtront plus facilement que par la substitution d'un système de rémunération à un autre ou par des réductions arbitraires.

Eh bien ! c'est aux médecins, c'est à leurs associations diverses qu'il appartient de mettre cette vérité en lumière et de persuader les pouvoirs publics. La chose n'est pas aisée, je le sais, mais elle n'est pas impossible : il suffit d'apporter dans les négociations, avec toute la bonne volonté nécessaire, la patience et l'esprit de suite non moins indispensables.

Il faut reprendre l'étude des organisations par le détail, y introduire le moyen de supprimer les abus dont on se plaint justement, établir le règlement idéal, puis montrer ses avantages à ceux qui ont pouvoir de l'adopter, aux Préfets, aux conseillers généraux.

Mais il faut aussi agir avec ensemble et avec unité : il ne faut pas que ceux-ci se désintéressent lorsque ceux-là agissent, il ne faut pas surtout — ce qui malheureusement se voit encore parfois — que certains contrecarrent les efforts de leurs confrères. Le succès n'est possible que s'il y a véritablement accord et que si tous marchent sans arrière-pensée et avec une égale conviction.

Leurs premières démarches peuvent être mal accueillies — ils ne devront pas se rebuter, ils devront négocier, savoir faire quelques concessions pour obtenir d'autres avantages et surtout ne jamais rompre d'une manière définitive.

Il serait vraiment trop beau qu'on arrivât du premier coup à un succès complet.

A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'influence du milieu hospitalier sur l'évolution des maladies infantiles.

M. le Dr F. Barthélemy, de Paris, a étudié dans sa thèse l'influence du milieu hospitalier sur l'évolution des maladies infantiles. Tous les médecins, qui ont fréquenté ou dirigé des hôpitaux d'enfants, ont conservé le pénible souvenir des hécatombes de petites victimes attribuables à la promiscuité de toutes les maladies infectieuses. M. Barthélemy a réuni de nombreuses observations, qui l'ont amené à formuler les principes suivants :

1° L'influence du milieu hospitalier s'exerce d'une façon particulièrement nuisible sur l'enfant ;

2° Placé dans ce milieu, il est exposé à contracter une maladie qu'il n'a pas encore, et à influer d'une façon plus grave sur l'évolution de la maladie dont il est atteint ;

3° Les dangers de l'hospitalisation sont en raison inverse de l'âge : très grands chez le nourrison, ils sont considérables chez le prématuré ;

4° L'appareil respiratoire, les voies digestives, la peau, sont le plus souvent atteints, parce que la contamination y est plus immédiate ;

5° L'idéal serait de ne jamais soigner l'enfant à l'hôpital. Mais en pratique, on peut arriver par une hygiène rigoureuse à obtenir des résultats satisfaisants, même dans le milieu hospitalier, comme le prouvent les statistiques du service des Enfants-Assistés.

L'élimination du mercure par les urines.

M. le Dr Francisque Gaud, de Montrevel (Ain), a fait des recherches personnelles sur le mécanisme et la facilité de l élimination du mercure par les urines ; il a noté, d'abord, une très grande variabilité dans le moment d'apparition du mercure dans les urines et dans sa persistance. Le mode d'administration semble jouer un rôle très secondaire, du moins lorsqu'il s'agit d'une seule ingestion, d'une seule friction, d'une seule injection.

Au point de vue pratique, il est à remarquer que les résultats les plus variables ont été donnés par les frictions. Quoique suffisante, dans l'énorme majorité des cas, la pénétration semble ne pas se faire à travers certains épidermes. En cas de syphilis grave ou de lésions tenaces, il y a donc lieu de s'assurer, par l'analyse des urines, de la présence du mercure ou de changer de médication.

La vésication par l'iodure de méthyle.

M. le Dr J. Béthoux, de Lyon, préconise comme nouvel agent de révulsion, l'emploi de l'iodure de méthyle.

Cette substance est douée de propriétés vésicantes énergiques. Son action aussi fidèle, aussi facile à limiter, aussi lente que celle de la cantharide, doit le faire préférer aux corps tels que l'ammoniaque, l'eau bouillante (marteau de Mayor), dont l'action rapide et brutale ne doit être utilisée que dans les cas urgents où il est nécessaire d'obtenir une révulsion à la fois intense et immédiate.

Il possède tous les avantages de la cantharide, et s'il présente aussi quelques-uns de ses inconvénients, il a du moins sur elle cette grande supériorité de ne produire aucun effet nocif sur les reins et la vessie.

Ses indications sont les mêmes que celles du vésicatoire cantharidé. Il est particulièrement efficace dans les névralgies, dans les arthrites rhumatismales ; il a donné d'excellents résultats dans le traitement de certains symptômes locaux, tels que points de côté, douleurs, qu'il a presque toujours fait totalement disparaître.

De même que le vésicatoire à la cantharide, on ne doit pas le prescrire chez les enfants, à cause de l'excitation nerveuse et des plaies qu'il produit; mêmes réserves chez les diabétiques, chez les sujets trop nerveux. Mais on peut l'employer chez les artério-scléreux et les albuminuriques.

Il est d'un prix très modique ; mais son emploi exige certaines précautions et les applications d'iodure de méthyle doivent être, autant que possible, faites par le médecin lui-même.

Le collargol dans les diphtéries malignes.

Dans les diphtéries malignes, les doses très élevées de sérum antidiphtérique n'empêchent pas, en général, la terminaison d'être fatale.

L'emploi du collargol dans les diphtéries malignes détermine d'une façon très fréquente une régression des phénomènes locaux et une amélioration très appréciable de l'état général. De nombreux malades, qui semblaient auparavant voués à la mort, ont guéri, avec une rapidité parfois surprenante.

Il est donc indiqué de recourir dans ces cas à l'emploi de l'argent colloïdal, de préférence en injections intra-veineuses, précoces et au besoin renouvelées. Cette méthode est démontrée absolument inoffensive.

On peut appliquer le collargol en frictions sous forme de pommade renfermant 15 parties de collargol et comme excipient un mélange de vaseline et de 20 % de lanoline.

La face interne des cuisses est la région de choix pour ces frictions ; on ne craindra pas de les répéter pendant un certain temps, et souvent d'en faire deux ou trois par jour.

C'est à coup sûr la méthode la plus simple. Credé a décrit avec détail la technique à suivre pour assurer l'absorption du médicament ; il n'y a pas à douter d'ailleurs que celui-ci ne franchisse la barrière épidermique, puisqu'on a pu le déceler dans les viscères (Baginski, Klimmer).

Il vaut mieux, dans les cas graves, employer de bonne heure le collargol en injections intraveineuses, et les renouveler aussi souvent qu'il sera utile ; on peut d'ailleurs adjoindre les frictions aux injections.

La solution de collargol doit être à 1 gr. pour 100 cc.; on en injecte 2 à 5 centimètres cubes dans une veine superficielle.

A côté de ce moyen thérapeutique, on continuera à recourir, comme par le passé, aux injections fortes et répétées de sérum antidiphtérique et aux médications opportunes (strychnine, huile camphrée, spartéine).

CLINIQUE OBSTETRICALE

Clinique d'accouchement Baudelocque

M. le Professeur PINARD

La thérapeutique des viciations pelviennes. La symphyséotomie.

Deux observations récentes de symphyséotomies pratiquées dans le service m'incitent à m'expliquer devant vous sur la thérapeutique des viciations pelviennes, sur celle, du moins, employée à cette clinique.

Jusqu'en 1891, tous les accoucheurs français aux prises avec un rétrécissement du bassin avaient recours à la conduite suivante : après avoir reconnu ou cru reconnaître la nature et le degré de la viciation, ils interrompaient la grossesse chaque fois que les dimensions du bassin semblaient insuffisantes. Ils basaient les indications de l'accouchement provoqué : 1° sur les diamètres du détroit supérieur, qu'ils croyaient connaître ; 2° sur les diamètres de la tête qu'ils avaient tenté de mesurer ou dont ils estimaient le volume d'après l'âge du fœtus.

Les résultats de cette intervention étaient le plus souvent un enfant vivant, quelquefois un enfant mort, toujours un nouveau-né faible et condamné à rester débile. Et encore, je laisse volontairement de côté les cas, dans lesquels on se trompait, soit sur la date de la grossesse, soit sur les dimensions respectives de la tête et du bassin.

La parturiente était-elle à terme, l'accoucheur appliquait le forceps au détroit supérieur pour faire passer l'extrémité céphalique trop volumineuse. Si ces tentatives demeuraient infructueuses, il prenait un craniotome ou un basiotribe, et il broyait l'enfant : l'opération césarienne était l'ultime ressource dans les rétrécissements extrêmes. Pajot conseillait de s'adresser à la céphalotripsie chaque fois qu'il était possible d'introduire dans l'utérus un instrument, ce qu'on parvenait à faire, disait-il, dans tout rétrécissement supérieur à 5 centimètres.

Imprégné de ces idées classiques, ne me reconnaissant pas alors le droit d'agir autrement, j'ai suivi longtemps ces préceptes et je les ai appliqués dans les divers services à la tête desquels je fus placé. Des centaines de fois, je mis en œuvre les règles, à cette époque, immuables, dont je viens de parler. J'observai attentivement les résultats obtenus et, en face de ces prématurés frappés dès leur naissance d'une débilité grave, en face de ces enfants que j'étais obligé de tuer, je me demandai si, vraiment, il n'y avait pas moyen de faire autre chose. J'avais vu que, souvent, les médecins allemands avaient recours à l'opération césarienne. Je savais, également, qu'un accoucheur éminent, le professeur Morisani, allait partout, au travers l'Europe, en disant : « Vous tuez des enfants que vous pourriez sauver. Nous employons, à Naples, une opération, dont l'idée première est due au français Sigaut et qui nous donne d'excellents effets : la symphyséotomie ».

Je vais vous faire connaître, ce matin, Messieurs, tout mon état d'âme. Je ne me croyais pas encore, à cette époque, l'autorité suffisante

pour entrer de plain-pied dans la pratique des accoucheurs allemands et italiens. Les statistiques allemandes ne m'apparaissaient pas toujours comme très satisfaisantes et, de plus, je ne me sentais pas assez éclairé sur la symphyséotomie. Je le répète, ma situation ne me permettait pas encore d'assumer une telle responsabilité. Déjà, je m'étais mis en travers de deux abus de la vieille obstétrique, l'ergot de seigle et le tampon. On m'accusait d'être révolutionnaire... et j'attendis,

Révolutionnaire, certes je le suis, mais dans le bon sens : je détruis seulement lorsque je possède quelque chose de meilleur à mettre à la place. En 1889, j'eus le grand honneur d'être appelé à la direction de cette clinique, en qualité de professeur d'obstétrique. Je me dis alors que le moment était venu, qu'il était de mon devoir et de mon pouvoir de sortir de la pratique routinière et désastreuse que vous connaissez. Après avoir étudié ce qui se faisait à Naples et, ayant eu la bonne fortune de rencontrer deux hommes dont il me suffira de citer les noms, Farabeuf et Varnier, nous travaillâmes ensemble ces questions, d'abord au point de vue expérimental. Je demandai à Farabeuf si, en sectionnant à ciel ouvert, au bistouri, la symphyse pubienne et en provoquant l'écartement des deux branches de cette symphyse on pouvait produire des lésions anatomiques. Farabeuf se mit à l'œuvre et me répondit : non ; cet écartement ne doit pas laisser de traces sérieuses, ne doit pas déterminer d'impotence. Voyez la coupe de ce bassin, dont la symphyse, sectionnée a été écartée de 7 centimètres : malgré cela; il existe à peine un très léger décollement du périoste de l'articulation sacro-iliaque. Lorsque je donne le conseil de ne pas dépasser la limite de 7 centimètres, ce n'est pas par crainte de lésion des articulations sacro-iliaques, mais pour ménager les parties molles.

Nous étudiâmes, ensuite, le manuel opératoire en suivant, à peu de détails près, la technique de Sigaut. Fort de tout cela, je pris finalement la détermination d'entrer dans une voie nouvelle, qui me donnait pleine satisfaction au point de vue philosophique et scientifique et n'abrégeait aucune existence ni intra, ni extra-utérine. Le 7 décembre 1891, je fis une première leçon sur la symphyséotomie, me plaçant plutôt sur le terrain théorique et me basant seulement sur l'expérimentation et sur l'esquisse du manuel opératoire. Le 4 février 1892, l'occasion clinique se présenta et j'exécutai à cette date, dans cet hôpital, ma première symphyséotomie.

Depuis ce moment, nous avons eu, ici, une série ininterrompue de 124 cas. De 1892 à 1897, je revins fréquemment sur la question et tous les ans, le 7 décembre, dans une leçon anniversaire, je discutai ce qui avait été fait pendant l'année écoulée. En 1894, je me rendis au Congrès de Rome, où j'exposai les travaux de Farabeuf et de Varnier. En 1897, nous allâmes à Moscou, et Varnier y établit, dans un rapport lumineux et magistral, le bilan de 89 pelvitomies. En 1899, à Amsterdam, je pus apporter, dans des conclusions que j'eus l'honneur de voir vivement discutées, 100 observations de symphyséotomie.

A partir de 1900, je décidai de ne plus publier périodiquement nos résultats, mais simplement d'entretenir mes élèves des acquisitions que l'expérience nous permet de faire, précisant ainsi certains points relatifs aux indications, aux avantages et aux contre-indications de la méthode.

Je continuai, pendant ce temps, mes investigations sur les prématurés. Farabeuf, de son côté, montrait quels étaient les ravages du forceps au détroit supérieur et petit à petit nous arrivions à tracer les préceptes que vous voyez inscrits sur les murs de cet amphithéâtre :

« L'embryotomie sur enfant vivant a vécu ! »

Nous ne devons plus tuer d'enfants et nous n'avons pas le droit d'interrompre la vie intra-utérine. Donc, abandon complet de l'accouchement prématuré. Lorsque la tête, bien orientée, ne peut pas passer par disproportion entre elle et le bassin, abandon du forceps et extraction du fœtus au moyen de la symphyséotomie, de l'écartement des symphyses ou, dans les cas extrêmes, au moyen de l'opération césarienne conservatrice et du Porro.

Voilà notre *credo* dans la thérapeutique des viciations pelviennes. Nous ne faisons plus d'accouchement forcé ; tout enfant né avant terme ou tout enfant blessé reste infirme pendant la durée entière de son existence.

Ceci étant établi, voyons, dans une revue d'ensemble, ce que nous ont appris douze années d'expérience. Résumons ce que j'ai dit moi-même à Rome, à Amsterdam ; ce qui a été dit par Varnier, à Moscou. Dégageons de notre bilan clinique les points de pratique les plus importants.

La symphyséotomie, établissons-le d'abord, ne consiste pas seulement dans la section de la symphyse pubienne : c'est la section du pubis suivie d'écartement provoqué du bassin, l'écart ne devant pas dépasser 7 centimètres, pour ne pas causer de déchirures des parties molles.

Le manuel opératoire a été peu modifié. Je me tiens toujours non d'un côté, mais à la place familière de l'accoucheur, entre les jambes de l'opérée. J'ai changé une seule chose à laquelle, dès 1896-1897, j'avais pris garde. L'expérience m'a démontré que, la section étant faite et le moment de suturer venu, il convenait de mettre un drain si la plaie n'était pas étanche. Aujourd'hui, je vais plus loin et je dis : dans tous les cas, drainez, car il y a assez souvent un hématome rétro-pubien que l'on évacue ainsi. Le meilleur drain est la mèche de gaze.

Je n'ai jamais eu recours à la suture osseuse et je me contente, actuellement, de moyens de contention très simples. Etant donnée la section complète de la symphyse et l'écartement des deux branches, nous avions cru devoir essayer successivement divers moyens de contention : nous avons abandonné complètement tous les appareils trop compliqués, un bandage de corps bien serré étant suffisant.

Au point de vue obstétrical, que faut-il faire ? Le bassin une fois coupé et écarté, le rôle de l'accoucheur réapparaît : quelle sera la conduite à tenir ? Il est entendu que l'on ne doit pas laisser la nature agir seule. Si la tête s'engage facilement, l'intervention de choix est le forceps ; si elle reste haute et élevée avec un fœtus mobile, la version est préférable. Une fois l'extrémité céphalique dans le bassin mou, laissez les branches du pubis se rapprocher.

Indications et contre-indications de la symphyséotomie. — La pubiotomie est indiquée chez la femme en travail alors que la tête fœtale, luttant contre le bassin osseux, ne peut traverser la filière pelvienne. Une condition est nécessaire : il est indispensable que le bassin mesure les dimensions voulues pour que l'écart maximum de 7 centimètres suffise.

Je ne suis pas partisan de la symphyséotomie préventive, proposée par Ollier. Le chirurgien lyonnais alla trouver un jour Bouchacourt père, et lui soumit l'idée de sectionner préventivement la symphyse et de maintenir l'écart des surfaces en plaçant entre elles un corps étranger. Cette opération n'a jamais été pratiquée.

Je ne suis pas davantage partisan de la symphyséotomie prématurée ; on nomme ainsi la symphyséotomie avant la dilatation complète. Elle n'est pas illogique cependant, puisque, nous le savons, un des gros inconvénients de la symphyséotomie faite à la fin du travail est la longueur même de ce travail. La dilatation du col, n'étant pas provoquée par la tête, est très lente et la vitalité de l'enfant peut être atteinte par les procidences du cordon ou tout autre accident. Pourquoi, dit-on alors, ne pas ouvrir dès le début la symphyse, la dilatation se fera plus rapidement. Cette intervention a des adeptes : je ne la blâme pas, mais ne la conseille pas non plus.

Quel est le rétrécissement limité au-delà duquel la symphyséotomie ne doit pas être faite ? La limite que je vais fixer est arbitraire, et je la donne seulement parce qu'elle est facile à reconnaître et essentiellement clinique. Je dis : pas de symphyséotomie lorsque le diamètre promonto-sous-pubien a moins de 8 centimètres. Je ne prétends pas qu'au-dessous de ce chiffre l'intervention ne puisse être couronnée de succès, mais j'estime qu'elle est aléatoire, susceptible de causer des incidents, peut-être des accidents, et qu'il est préférable de s'adresser, dans ces cas-là, à l'opération césarienne.

Une telle limite est, je le reconnais, arbitraire, le rétrécissement du bassin étant lui-même une chose difficile à préciser. Il signifie un défaut de proportions entre les dimensions des détroits et celles de l'extrémité céphalique fœtale. Avec un bassin petit, la tête passera si elle est petite. Par contre, dans un bassin ordinaire, une tête hydrocéphale ne passera pas. Vous verrez des femmes accoucher spontanément deux, trois, quatre fois, et la cinquième, le défaut de proportion se produit et le médecin doit intervenir.

Je viens de vous indiquer les contre-indications de la symphyséotomie. Je n'admets pas, comme empêchement, l'état de maladie de l'enfant. On m'a dit, à Amsterdam : quand l'enfant est atteint dans sa vitalité, quand il a été lésé par des applications de forceps antérieures, ne vaut-il pas mieux le sacrifier ? Je réponds : non ; empêchez ces applications intempestives de forceps, voilà tout. Pour ma part, je ne tue pas d'enfant vivant et il n'en a pas été tué à la clinique Baudelocque depuis 1891.

Pendant ces douze années, nous avons assisté à des conséquences sur lesquelles nous ne comptions pas. La symphyséotomie a eu ses partisans et ses détracteurs. Les premiers comprennent tous les hommes ayant quelque expérience de la question ; ils ont continué à pratiquer cette opération malgré les critiques. Les seconds comprennent les impuissants, les maladroits et les ignorants qui, ne pouvant pas obtenir les effets acquis par d'autres, ont dirigé contre elle toutes leurs impréeations.

L'avenir nous dira quelle est l'étendue des bienfaits de la pubiotomie. Pour ma part, je n'ai pas cherché à faire une belle statistique, ce qu'il est toujours facile d'obtenir en choisissant ses cas. Ici, au contraire, guidés par un principe, une idée, une règle immuable, nous pratiquons la symphyséotomie chaque fois qu'un bassin vicié se présente, sans nous préoccuper si la situation est favorable ou non.

Parmi nos 129 opérées, un certain nombre sont redevenues enceintes et nous avons pu observer chez elles des particularités remarquables dont il me reste à vous parler. Certaines de nos opérées de symphyséotomie, qui revinrent accoucher chez nous plus tard, expulsèrent spontanément leur nouvel enfant. Ce fait ne fut pas sans nous frapper. Farabeuf n'y voulut d'abord pas croire et Varnier lui-même me disait : « non, ce n'est pas possible, un agrandissement définitif du bassin est contraire à toutes les données anatomiques et physiologiques ».

La clinique, néanmoins, continuant à plaider la cause de l'agrandissement définitif du bassin, Varnier résolut d'éclaircir la question. Il s'adressa à la radiographie et il constata que, en règle générale, après la pubiotomie, il n'y avait jamais réunion osseuse, et que toujours il se formait entre les deux surfaces de section un manchon fibreux de 1 à 4 centimètres. Malgré cela, les femmes marchent très bien. Ainsi, depuis 1892, 26 femmes symphyséotomisées pour des grossesses antérieures sont venues accoucher à la clinique et ont donné 35 accouchements. 19 fois l'expulsion du fœtus s'est faite spontanément, 6 fois avec un fœtus d'un poids supérieur au fœtus précédent. Sur 15 cas où le diamètre bi-pariétal du second enfant était plus grand que le bipariétal du premier, 7 fois l'accouchement eut lieu spontanément. La clinique vient donc à l'appui de la radiographie pour dire que la symphyséotomie entraîne un agrandissement définitif du bassin. D'ailleurs, preuve irréfutable, nous avons pu nous procurer une pièce anatomique qui montre nettement le fait.

Il n'est pas nécessaire, dans ces conditions, de rapprocher les os rigoureusement. C'est pour cela que j'ai abandonné les anciens modes de contention, à plus forte raison la suture osseuse. Il suffit que le bassin soit convenablement maintenu. Preuve nouvelle que l'anatomie et la physiologie n'ont pas toujours des déductions rigoureusement vraies. Là, comme ailleurs, on croit savoir et on ne sait pas. C'est pourquoi vous m'entendez dire souvent : je donnerais volontiers tout ce que j'ai appris pour la millième partie de ce que j'ignore !

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PRATIQUE GYNECOLOGIQUE

Un nouveau traitement des affections de petite gynécologie.

Divers travaux ont paru depuis quelque temps en Allemagne, au sujet d'un nouvel agent théra-

Bon-Marché, tous les grands magasins, les modestes bazars vendent des stocks considérables de lunettes. Est-ce que dans nos villages, le marchand de pendules, le quincaillier, l'épicier même, se refuse le plaisir de vendre un pince-nez ou une paire de lunettes? En rase campagne, c'est mieux, le client n'a qu'à se mettre à sa fenêtre : voilà le colporteur qui passe ! De telle sorte qu'une branche de la médecine peut être exploitée par tout le monde. N'y a-t-il pas là un danger pour la santé publique ?

J'admets que, pour la presbytie, la chose soit sans importance. Il n'en est pas de même quand il s'agit d'un astigmatisme méconnu, d'une myopie évoluant vers la malignité, d'une lésion du fond de l'œil ne s'accusant pas par des symptômes bruyants, gênant surtout la *vision binoculaire*. Le client, momentanément satisfait par les verres qu'on lui a vendus, peut être plus tard victime d'accidents graves pour sa vision. Je ne m'attarderai pas à citer des exemples, ils seraient trop nombreux. La réfraction est une branche importante de l'ophtalmologie, et l'ophtalmologie, je pense, c'est un peu de la médecine. Je me demande alors pourquoi il ne vient pas à l'idée du législateur d'assimiler l'opticien au pharmacien. D'aucuns vont crier au paradoxe. Qu'ils se rassurent !. . Il me semble avoir lu quelque part que cette réglementation est acclimatée en Turquie depuis déjà pas mal de temps. Est-il donc impossible, en France, de faire quelque chose dans ce sens ?

Je sais bien que, d'après un jugement du tribunal du Havre, « doit être considéré comme indication de remède et consultation au sens médical et, par suite, comme exercice illégal de la médecine, le fait, par un opticien, de donner à un client des indications pathologiques sur l'état de sa vue et de prescrire pour la guérison d'une affection des yeux, une combinaison de verres » (*Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux*, 30 septembre 1903). C'est bien, mais c'est insuffisant. Reprenons l'exemple du myope qui se rend chez l'opticien. Ce dernier n'aura pas fait d'exercice illégal en délivrant des verres simples. Il a même le droit absolu de vendre à jet continu des verres simples de plus en plus forts et souvent même *trop forts*. N'ayant pas à donner des indications pathologiques sur l'état de la vue de son client, il peut parfaitement s'abstenir de conseiller le choix d'un médecin. Le client désire un verre, il le lui donne voilà tout ! La conduite de notre opticien est des plus correctes, mais la myopie de l'acheteur imprudent augmente faute de conseils judicieux et des lésions graves peuvent survenir. Ce danger est fréquemment constaté par les oculistes dans la seconde enfance. La réfraction à cet âge est particulièrement difficile et délicate. La vue de l'écolier devrait être attentivement surveillée, tous les spécialistes qui s'occupent d'hygiène sont unanimes là-dessus. Comment admettre, dès lors, qu'un opticien ait le droit de donner un verre simple — ce qui est bien après tout une indication thérapeutique — pour corriger la myopie d'un enfant ou d'un adolescent ? Avouons que cela manque de logique et surtout de sécurité pour le public. Peut-on du reste faire grief à un opticien de glisser à chaque instant sur la pente de la consultation médicale ?

Je ne le pense pas ; il lui est impossible, à vrai dire, de faire autrement, tout choix de verres constituant par lui-même une indication thérapeutique.

Généralement, les choses se passent comme elles ne devraient pas se passer dans la majorité des officines de pharmaciens, pour ce qui concerne la médecine générale.

Vous êtes opticien : Un monsieur entre chez vous pour vous demander, avec un lorgnon, un avis sur l'état de ses yeux. Un léger brouillard..., un rien le gêne, il n'a pas besoin de se rendre chez le médecin (suit la litanie des raisons du client toutes péremptoires), peut-on, décemment, paraître ignorant des choses de la vue quand on a belle devanture! luxueuse vitrine et des voisins dont la concurrence est gênante ? Impossible n'est-ce pas ? Tant pis pour le médecin !

Qu'advient-il à la campagne, chez le marchand de pendules dont le cerveau est généralement meublé de solides connaissances en optique médicale ? Je vous laisse le soin de faire la scène. Ne la terminez pas sans que le marchand vende sa paire de lunettes ; en commettant semblable oubli vous auriez l'air de méconnaître ses aptitudes... commerciales. Croyez-vous que ce brave homme va se mettre martel en tête pour savoir si oui ou non il a été nuisible à son client ? Le soir venu sa caisse sera remplie et sa nuit sera pleine de rêves joyeux, si l'optique a bien marché.

Mais j'ai hâte de conclure. L'État, qui demande au médecin des diplômes assez coûteux et lui inflige des patentes assez lourdes devrait bien lui faciliter davantage l'exercice de sa maigre profession, ce qui lui permettrait également de sauvegarder les intérêts du public dans ce qu'il a de plus précieux : la santé.

Il ne serait pas impossible d'annexer à la loi sur la pharmacie un titre spécial concernant les autres professions vendant des produits touchant à la thérapeutique. Les opticiens principalement seraient assimilés aux pharmaciens. Il leur serait interdit de vendre sans ordonnance médicale des verres simples ou composés. On leur permettrait la vente directe des jumelles, lunettes marines, terrestres, loupes, etc.

Les conséquences de cette réforme seraient bientôt appréciables pour le corps médical tout entier : dans les villes où il existe un oculiste, le client prendrait fatalement le chemin de son cabinet. Là où il n'y en a pas, le médecin général pourrait tirer certains profits du choix des verres simples. En admettant que notre confrère ne soit guère familiarisé avec la réfraction, sera-t-il plus ignorant que le marchand de tourne-broches de sa bourgade ? Ne sera-t-il pas au contraire plus apte à discerner une anomalie et la diriger chez le spécialiste le plus voisin ? Si semblable loi était votée, il serait facile d'exiger de nos futurs docteurs des connaissances suffisantes pour qu'ils puissent juger au moins les cas banals de réfraction. Des centres de moyenne importance pourraient même faire vivre un spécialiste — surtout s'il était également oto-rhino-laryngologiste, puisque la région lui permettrait de compter sûrement sur un chiffre de clients qui sont aujourd'hui perdus pour nos médecins. Quant aux opticiens, il n'y perdraient absolument rien et j'imagine que tout le monde pourrait être content comme.... en Turquie !

Je vous serais reconnaissant de soumettre ces quelques lignes à l'attention du conseil de direction du « Concours Médical » qui soutient avec

tant de persévérance les justes revendications du Corps médical et je vous prie d'agréer, avec mes sincères remerciements, mes sentiments de bonne confraternité.

Dr A. d'Ayrenx,

Chef de clinique à l'hôpital Saint-Joseph, Oculiste adjoint au dispensaire Furtade Heine, Membre du « Concours Médical ».

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

La Société du Caducée.

Nous avons dit, dès le premier jour, tout le bien que nous pensions de la Société du Caducée quand il nous en a été parlé par l'un de ses secrétaires M. le Dr Baradat (de Cannes), membre du « Concours médial ».

Dans un des derniers numéros, nous avons montré l'expansion qu'elle avait prise, publié ses statuts, défini son but avec précision.

Déjà les adhésions nouvelles arrivent en réponse à notre appel. Afin de faciliter aux candidats le choix des deux parrains nécessaires, nous reproduissons aujourd'hui la liste des premiers admis.

Accolas (1868)✻) 6, boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine (Seine). F. Ancien professeur à l'Ecole de médecine de Rennes. Maison d'hydrothérapie et de convalescence du Parc de Neuilly (Seine). Maladies chroniques et nerveuses. — **Alban** (1867), ✻, villa Franco-Russe, 13, rue Rambert, Vichy (Allier). F. — **Aldebert**, Saint-Malo. Maladies des yeux. — **Amsler** (1876), O. ✻, Beaulieu, près Caen. — **Apté** (1865), ✻, Cambrai (Nord). — **Aube** (1867), rue Claude-Bernard, 41, Paris (n'exerce pas). — **Aubin**, Marans (Charente-Inférieure). — **Aubert**, Rue Ernest-Renan. 19, Paris. — **Aubin Charles**, ✻,8, place Aux Œufs, Toulon.— **Aubœuf** (1874), villa Saint-Anne, Châtel-Guyon. — **Auffret**, inspecteur général du service de la santé de la marine, Paris. — **Ausset** (1890), 153, boulevard de la Liberté, Lille, F. Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lille. Médecin des hôpitaux. Maladies des enfants. — **Auvray** (1873), ✻, « Le Landas », Avenue de Joncours, Châtenay-sur-Loire (Loire-Infér.) Rédacteur en chef du *Phare de la Loire*. Ancien professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest. — **Auzillion**, 4, rue de Jacquemont, Paris (n'exerce pas) ; été : Villa Vibert, Châtel-Guyon. Maladies de l'estomac, des reins, du foie et de l'intestin.

Dr **Bails**, Tugny et Pont, par Saint-Simon (Aisne). —**De Balthasar de Gachéo** (1877)✻, Castel Roc-de-Saint-Pantaléon (Corrèze). — **Baradat** (1885). Villa Denise, promenade de la Croisette, et rue Hermann Cannes. Médecin du Dispensaire de la Croix-Rouge de Cannes. — **Barnier**, ✻, rue Etienne-Dauphin, 3, Toulon. Ex-professeur agrégé aux Ecoles de médecine navale. — **Barrème** (1875). ✻, rue de République, 25, Draguignan (n'exerce pas). — **Bastian** (1875), ✻, hiver : 17, rue Malebranche, Paris ; été : Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie). Dermatologie et syphilis, neurasthénie, goutte. Dr **Baucher**, 26, *bis*, rue de Billancourt, à Boulogne-sur-Seine). — **De Baudéan**, 23, Avenue de la Gare. Nice. — **Baudin** (1869), ✻, 86 bis, Grande-Rue, Besançon. Médecin en chef de l'établissement des bains salins de la Mouillère-Besançon, médecin en chef de l'Asile départemental du Doubs, médecin-directeur du Bureau municipal d'hygiène. — **Baudon**, 23, rue de Turenne, Paris. — **H. Beaunis**, ✻ Villa Sainte-Geneviève, Promenade de la Croisette, Cannes. Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy, directeur honoraire du laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne. — **Bedard** (1881), Lille. Professeur à la Faculté de médecine de Lille. Electricité médicale. — **Benoît** (1889), ✻, l'hiver à Paris, 70, rue Madame ; l'été, médecin consultant aux eaux de Néris. Villa de la Tourelle (Allier). — **Bernal** (1895), Rue de la Paix, 7, Nice. — **Bernard** (1868), Quai Saint-Pierre, 2, Cannes. Hypnologie. — **Bernou** (1878), Châteaubriant (Loire-Infér.). Membre correspondant de la Société de pharmacie de Paris. — **Bertelé**, O ✻, Coulomiers-Lesplanes (Haute-Garonne). — **Bertholon** (1877), 18, rue des Maltais, Tunis, F. Laboratoire pour la préparation de la toxine antituberculeuse. **Beunat** 58, avenue de la Gare, Nice. Analyses médicales. Chimie et bactériologie. — **Biraud**, Poitiers (Vienne). Electrothérapie. — **Biscarrat** (1865), ✻, 45, rue de Belleville, Paris. — **Blanc** (1872), ✻, Douai (Nord). — **Blanc** (1880), 26, cours du Jardin-Public, Bordeaux. — **Bohéas** (1868), ✻, 2, rue Camein-Jean, Marseille. Chef du service médical de la Compagnie générale transatlantique. — **Boinet** (1880), ✻, rue Montaut, 4, Marseille. F. Professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille, membre correspondant de l'Académie de médecine. — **Bonnafous** (1885), 20, rue des Trois-Frères, Paris. F. — **Bonnier** (1868), ✻, préfet honoraire, directeur de la Maison nationale de Charenton (Seine). — **Borel R.** Rue Pont-de-l'Hérault, Cette. — **Bories** (1875), ✻, Montauban (Tarn-et-Garonne). Chirurgien des hôpitaux. — **Boucher** (1882), 17, rue Jullien, Vanves, (Seine). Publicité scientifique. — **Bouloumié** (1866), O ✻, Paris, 16, quai de Passy, et Vittel (Vosges). — **Bourdon** (1878), ✻, Nice, villa revel, place Béatrix. Oculistique. — **Bourgeois**, 2, Rue des Consuls, Reims. — **Bourgogne** (1891), Cherbourg (Manche). — **Boussavit**, 12, rue Pierre-l'Hermite, Amiens. Professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Amiens, chirurgien des hôpitaux. — **Boutin**, ✻, 14, Avenue Colbert, Toulon. Ancien professeur à l'Ecole annexe de médecine navale de Toulon. — **Boyer** (1876), Paris-Passy, 44, rue de la Pompe. F. Voies urinaires. — **Brault de Bourneville** (1880), Saint-Martin-de-Ré (Charente-Inférieure). — **Bregi** (1874), ✻, 18, rue Lafontaine, Paris. F. Maladies de la peau. — **Félix Brémond**, ✻, 5, rue Michel-Chasles, Paris. L'été à Pioule (Var). Rédacteur au *Petit Marseillais*. Président du Syndicat de la presse scientifique. — **Breuil**, cours de la Liberté, 24, Lyon. — **Brun-Bourguet**, Fréjus, Valescure, Le Puget-sur-Argens (Var). — **Buffon** (1895), boulevard Victor-Hugo, Palais Donadei, Nice. Electrothérapie.. — **De Burine** (1887), Saint-Léger-les-Vignes (Nièvre). — **Burlureaux**, ✻, 72, rue de Lille, Paris. F. Professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Cachet (1874), député, 24 bis, rue Greuze, Paris et Domfront (Orne). F. — **Calmette** (1883), O. ✻. Directeur de l'Institut Pasteur de Lille, professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine de Lille, membre correspondant de l'Académie de médecine. — **Camprieu (de Boyer de)** (1882), Brignoles (Var). — **Casset** (1875), Ris-Orangis (Seine-et-Oise). Administrateur délégué du journal *le Réveil Médical*, 30, faubourg Montmartre, Paris. — **Castelli** (1887), ✻, 38, avenue Beaulieu, Nice. F. Directeur du Service sanitaire maritime —**Catrin** (1874), à Valenciennes (Nord). Membre correspondant de l'Académie de médecine, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce. — **Cavasse**, ✻, Golfe-Juan-Vallauris (Alpes-Maritimes). — **Cazes** (1875), ✻, 27, allées Lafayette, Toulouse. — **Chabrol** (1887), 27, boulevard National, Vichy (Allier). F. Maladies de l'estomac et du foie. Médecin de l'hôpital thermal. **Challan de Belval** (1866), O ✻. Hiver : Marseille ; Le Chalet, 9, impasse Maria. Gréoux-les-Bains (Basses-Alpes). Ancien médecin des hôpitaux militaires. F. — **Chapuis** (1837), O. ✻, Villa Pâquerette, boulevard du Polygone. Toulon. — **Charroppin**

(1870). ✻, 30, boulevard Grignan (Mourillon), Toulon. **Chassagne** (1861), 5, rue Franklin, Paris XVIe (n'exerce pas). — **Chatain** (1872), ✻, 9, rue Maurepas, Versailles. — **Choffé**, Levallois-Perret (Seine). — **Chopinet** (1867), ✻, Saint-Gaudens (Haute-Garonne). **Claoué** (1889), 34, cours de Tourny, Bordeaux. Clinique : 38, rue Condillac. Maladies de l'oreille, du nez, du larynx. — **Clarene** (1867), ✻, Port-Louis (Ile Maurice). — **Clos** (1863), 8, Grand Rond, Toulouse. — **Colombel** (1855), 25, rue Truffaut (Batignolles), Paris XVIIe. F. — **Cotte**, ✻, 76, boulevard de Strasbourg, Toulon. Accouchements, gynécologie, chirurgie. — **Cougomble** (Bagnères-de-Bigorre (Haute-Garonne). F. — **Coup** (1891), Méru (Oise). — **Courtault** (1870), 32, rue Notre-Dame des Victoires, Paris. Médecin chef de l'Institut de mécanothérapie de Paris. — **Coze** (1868), ✻, 6, rue du Temple, Aix-les-Bains (Savoie). F. Médecin consultant à Aix-les-Bains et à Marlioz, médecin de l'hospice thermal. — **Cuche** (1888). Saacy (Seine-et-Marne). — **Cuq** (1862), ✻, Balaruc-les-Bains, du 1er mai à novembre ; l'hiver : Villegailhenc (Aude). Affections de l'axe cérébro-spinal. Médecin de l'hôpital thermal.

Danion (1869), ✻, 35, rue du Rocher, Paris et Wimereux (Pas-de-Calais). Ancien chef du service électrothérapique de l'hôpital Saint-Louis et de l'hôpital Necker, directeur du journal *l'Electrothérapie*. — **Danjou**, 1888, ✻, 10, avenue de la Gare, Nice. Président de la Société de médecine sanitaire de France, médecin consultant à Nice. Massage. — **Dantin** (1870), O. ✻, rue de la Mairie, Ablon-sur-Seine (Seine-et-Oise). — **Darbouet** (1886), Le Boucau (Basses-Pyrénées). F. Médecin des Forges de l'Adour. — **Dardignac**, ✻, 1 bis, rue de la Mairie, Boulogne-sur-Seine. Membre correspondant de la Société de chirurgie. — **Daubré**, 12, rue de la République, Marseille. — **Debierre** (1878), ✻, 1, place Cormonteil, Lille. Professeur de la Faculté de médecine de Lille. — **Decaux** (1890), 26, place Gambetta, Lisieux (Calvados). Maladies des yeux — **Dechamp** (1877), Arcachon, villa Tibur. Maladies de la poitrine. — **Dedet** (1878), ✻, médecin consultant à Martigny-les-Bains (Vosges) : 25 mai au 25 septembre ; l'hiver à Paris, 8, square du Croisic : 25 septembre au 25 mai F. Goutte, gravelle. — **Dehenne** (1876), ✻, 19, rue de Milan, Paris ; rue Richaud, Versailles. Maladies des yeux. Professeur libre de clinique ophtalmologique. Clinique et maison de santé, 24, rue Monsieur-le-Prince, Paris. — **Denoy** (1872), 2, place des Pyrénées, Narbonne (Aude). F. — **Deperet**, 59, rue Thomassin, Lyon. Doyen de la Faculté des sciences de Lyon. — **Descargues**, ✻, Cours National, Bône (Algérie). — **Dessirier** (1891), 44, rue du Lin, Amiens. F. Médecin de l'hôpital. — **Destrem** (1872), ✻, 112, rue Lecourbe, Paris. — **Dieuquemare** (1866), rue Félix-Faure, Cannes. Maladies de la bouche, yeux, oreilles. — **Douergue** (1879), 341, rue Paradis, Marseille. F. Professeur à l'Ecole de médecine. — **Doubre** (1869), O. ✻, 4, place de Rennes, Paris. — **Dubrandy** (1875), ✻, 1, avenue Gambetta, Hyères (Var). Médecin chef de l'hôpital. — **Dumas** (1867), O. ✻, 1, avenue Alphonse-Denis, Hyères (Var). F. Maladies chroniques et affections de la peau. — **Dumont**, ✻, 25, rue de Douai, Paris, F. — **Dumont (Louis)** (1838), Saint-Vaury (Creuse) Membre de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Maladies syphilitiques et cutanées. — **Dumoutier**, 10, rue de Picpus, Paris. — **Dupin** (1890), 79, quai de la Fosse, Nantes. — **Durbec** (1878), ✻, 72, rue de Rome, Marseille. Hydrothérapie, kinésithérapie, orthopédie, maladies chroniques et nerveuses. Institut médical : 72, rue de Rome. —

Fachau (1861), ✻, 5, rue Jean Soula, Bordeaux.— **Faivre** (1889). Poitiers (l'année scolaire) ; Luchon (vacances). F. Professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Poitiers. Dermatologie, syphiligraphie, laryngologie. — **Faueillon** (1888), 4, rue d'Avron, Paris. — **Ferré** (1877), 23, cours Lieutaud, Marseille, Maladies des yeux. — **Finck** (1897), 160, rue Jeanne-d'Arc, Nancy ; l'été à Vittel (Vosges). — **Fleury** (1886), 12, rue d'Yves (Rennes). Professeur à l'Ecole de médecine. — **Florance** (1866), O. ✻, Cassis (Bouches-du-Rhône). — **Forestier** (1866), rue des Bains, Aix-les-Bains (Savoie). F. Médecin consultant d'Aix-les-Bains, médecin de l'hôpital et de l'Asile évangélique. Hydrothérapie, massage. — **Fosse**, 13, cours Lieutaud, Marseille. F. Maladies de la gorge, du nez et des oreilles. — **Fritz**, ✻, l'Isle-Adam (Seine-et-Oise). Médecin en chef de l'hôpital. — **Fuzerot** (1887), avenue de la République, Saint-Denis-du-Sig, Oran (Algérie). Médecin de l'hôpital civil, médecin de colonisation.

Gandar (1894), 7, rue des Sayens, Saumur Maine-et-Loire). Médecin de l'hôpital. — **Gaudelin** Tien-Tsin (Chine). — **Gasser**, rue Irénée, Oran. — **Gaube** (1882), 19, rue Pluche, Reims (Marne). — **Germaix**, rue Colbert, Alger. F. — Correspondant national de la Société d'ophtalmologie de Paris, directeur de la *Revue médicale de l'Afrique du Nord*. Clinique ophtalmologique.—**Giraud** (1877), 6, place de la République, Reims. Maladies des organes génito-urinaires. Clinique médicale. Maison de santé et d'accouchements.— **Gobillot** (1869), ✻, 2, boulevard Saint-Jean, Châlons-sur-Marne. — **Gœbel** (1876), ✻, Sayan (Meurthe-et-Moselle). — **Gontier** (1889), Lamalou-les-Bains (Hérault). — **Gorsse**, l'hiver à Montignac (Dordogne) ; l'été à Barèges (Hautes-Pyrénées). — **Goureau** (1880), Paris, 2, rue de Châteaudun. Rédacteur en chef de *l'Actualité médicale*. Larynx, nez, oreilles.—**Granjux**, ✻, Rue Saint-Paul, 5 bis, Paris. F. Secrétaire de la rédaction du *Bulletin médical*. Rédacteur en chef du *Caducée*.— **Grimaud** (1892), Dessé par Limalonses (Deux-Sèvres); l'été à Cauterets (Hautes-Pyrénées). — **Gringoire**, rue Saint-Michel, Redon (Ille-et-Vilaine).— **Grisolle** (1874), ✻, Cuers (Var).— **Gros** (1859), ✻, Ecouen (Seine-et-Oise). Médecin de la Maison d'Education de la Légion d'Honneur. — **Grosclaude**, ✻, 21, rue Patallier, Elbeuf (Seine-Inférieure).—**Gruson** (1878), Marquise (Pas-de-Calais). Médecin du chemin de fer du Nord. — **Guilbaud**, Tours et Castres. Professeur à l'école de médecine de Tours. — **Guillet** (1887), Bayeux (Calvados).

Haller (1893), ✻, Vichy, et rue d'Alger, 11, Paris. Mécanothérapie. — **Hébert** (1872), Audierne (Finistère). Médecin des épidémies, hospice civil, chemin de fer, douanes. — **Herck** (1884), 1 place Voltaire, Paris. F. — **Héricourt**, 12, rue de Douai, Paris. — **Herr** (1886), 6, avenue de Robinson, Sceaux (Seine). **Hiblot** (1863), Châteaudun, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Janiu (1870), ✻, 124, rue d'Assas, Paris. — **Jeanne** Meulan (Seine-et-Oise) rédacteur en chef du *Concours médical*. — **Jeanson** (1880), 30, rue Pergolèse, Paris. — **Joly**, 102, rue de Richelieu, l'été Villa Bel-Air à Bagnoles (Orne). — **Jouet** (1887), 30, rue Chaptal, Paris.

Kaminski, 29, rue des Francs-Bourgeois, Paris. — **Kopff** (1870), O ✻, 30, avenue de Messine, Paris, F. Maladies des yeux, clinique et maison de santé pour les maladies des yeux, 13, rue Saint-Guillaume, Paris. Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph et du dispensaire Furtado-Heine.

Lacassagne (1867), O ✻, 1, place Raspail, Lyon. Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Académie de médecine.— **De Lanessan**, député de Lyon, Ecouen (Seine-et-Oise). — **De Langenhagen** (1889), Plombières-les-Bains (Vosges). Maladies de l'estomac et de l'intestin. — **Lannois** (1880), 14, rue Saint-Dominique, Lyon. Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux. Maladies des oreilles. — **Lantier** (1877), 16, boulevard Sainte-Anne, Lisieux (Calvados). — **Larger**, ✻, rue de la Muette, 18, Maisons-Laffite (Seine-et-Oise). Membre correspondant de la Société de chirurgie. — **Laugier** (1886), Bar-sur-Loup (Alpes-Maritimes). Maison de santé au Pont du Loup, près Bar-sur-Loup. — **Laurent**, O ✻, rue des Vignerons, Vincennes (Seine). F. — **De Lauwereyns de Roosenaele** (1894), Valenciennes (Nord).—**Laval** (1894), 19, avenue Bosquet, Paris. Secrétaire de la rédaction du *Caducée*.— **Lavat**

(1899), ✻, Granville (Manche). — **Le Dien**, 155, boulevard Malesherbes, Paris. — **Legludic**, sénateur, 13, quai de la Tournelle, Paris. — **Legrain** (1889), Bougie (Algérie). F. Médecin de l'hôpital, membre de la Société française de dermatologie; correspondant de la Société de médecine de Gand ; directeur de la *Revue médicale* de l'Afrique du Nord. — **Legrand**, ✻, (1879), rue Monge, 106, Paris. — **Lejeune** (1881), ✻, 17, rue Henri Chapu, Fontainebleau. — **Lelong** (1874), ✻, Villa Sainte-Marie, rue Rotschild, Nice. — **Le Tellier** (1885), 21, rue de Berlin, Paris. — **Levcl** (1866), ✻. rue Fromentin, 14, Paris. — **Liénard**, Sedan (Ardennes). — **Linarès** (1875), O ✻, Château de Limeuil (Dordogne). Consul général honoraire. — **Lohit** (1873), ✻, Biarritz, chalet Francezon (Basses-Pyrénées). F. — **Lombard** (1876), ✻, 13, rue Adélaïde, Nice. Chirurgien du Dispensaire Lenval pour enfants malades. — **Long**, ✻, Vence, Alpes-Maritimes. — **Lux** (1866), O ✻, 4, rue de Calais, Paris. Larynx, nez, oreilles.

Maget (1873), ✻, 81, rue de la République, Toulon. Nez, gorge, oreilles. — **Malhot** (1880), 2, rue Nouvelle Dar El-Bey, Constantine (Algérie). — **Mangin A.**, ✻, rue Saint-Jacques, 39, Marseille. Gynécologie et accouchement. — **Manoël** (1883), Cours Lafayette, 111. Toulon. Maladies vénériennes, gynécologie, maladies de la peau. — **Marchandoux** (1876), ✻, Narcy par la Charité (Nièvre). — **Marlier**. 60, Grand'rue, Nogent-sur-Marne (Seine). — **Marmonier**. ✻, 18, rue de la République, Marseille. Maladies des organes génito-urinaires, de la peau et du cuir chevelu. — **Martin André** (1875), ✻, rue Bel-Air, 14, Angers. — **Martiné** (1867), O ✻, 4, Montée du boulevard Carabacel, Nice. — **Marty** (1868), ✻, Tientsin (Chine). — **Masse** (1878). Vendôme (Loir-et-Cher). — **Maturié** (1890), Menton (Alpes-Maritimes). — **Maubrac**, rue de Prony, 55, Paris. F. — **Maupetit** (1876), ✻, rue Grognard, 7. Fontenay-sous-Bois (Seine). — **Méjasson** (1879), Ars-en-Ré (Charente-Inférieure). F. — **Mengin** (1871), rue Carmélite, Caen. Oculiste. — **Meunier** (1882), 45, rue Amiral-Courbet, Calais (Pas-de-Calais). — **Mercier L.** (1889), Montluçon (Allier). — **Miquel-Dalton** (1874) rue Richelieu, 16, Cauterets (Hautes-Pyrénées). F. — **Mistarlet**, ✻, rue Jeanne-d'Arc, Reims (Marne). — **Mondon** (1876)., ✻, hiver ; 22, rue du Village, Marseille ; été, jusqu'en octobre : 10, rue Alfred-Rolland, Bagnères-de-Bigorre. Chargé du cours de police sanitaire, maritime, coloniale et internationale de l'Institut colonial de Marseille. — **Mondot** (1858), ✻, 48, boulevard National, Oran. Chirurgien des hôpitaux. Gynécologie. — **Monphous**, 32, Avenue de l'Opéra, Paris, et Neuilly. Clinique : rue Gaillon, 5, Paris. Maladie des yeux. — **Mongour**, rue Gaspard-Philippe 26, ancienne rue Clare, Bordeaux. F. Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux. Médecin des hôpitaux. — **Montané** (1863), ✻, Périgueux (Dordogne). F. — **Montalti** (1891), 10, rue Mogador, Mascara (Algérie). — **Mornet**, 19, rue Chemanton, Blois, (Loir-et-Cher). — **Mouly** (1881), été : Aulus (Ariège) ; hiver : Canet-d'Aube (Aube) ; F. Hydrothérapie. Maladies de la peau et muqueuse — **Mourier**, 11, rue de la République. Alais (Gard). Maladies des oreilles, du nez et du larynx.

Nicolas (1901), Lamoricière (Oran). — **Nicolau-Barraqué** (1878), hiver : rue Gubernatis, Nice ; été boulevard Carnot, Vichy. F. Maladies des yeux. — **Noquet** (1872), ✻, 33, rue Puebla, Lille. — **Noury**, 4, rue Saint-Vincent, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

Odin (1867), ✻, Eté ; Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre ; hiver : 5, boulevard Victor-Hugo, Nice.

De Parades (1868), 5, rue de la Servie, Nîmes Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, à Nîmes. — **Passabosc** (1867), ✻. L'hiver : 5, rue de la Chaine, Toulouse ; l'été : Capvern-les-Bains. Gravelle, goutte, diabète, etc. — **Perrin J.** (1877), Cusset, près Vichy (Allier). Médecin de l'Hôpital. — **P. Petit**, 203, boulevard Saint-Germain, Paris. Gynécologie. — **Philip** (1880), ✻, 4, place du Cours, Grasse. Médecin de l'Hôpital. — **Pichon**, 10, rue Notre Dame-de-Lorette, Paris. — **Picot**, ✻, 25, rue Ferrère, Bordeaux. Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, membre correspondant de l'Académie de médecine. — **Piton** (1879), 17, rue Traverse, Brest. — **Poujol** (1887) Aïn-Bessem (département d'Alger. F. Médecin de colonisation à Aïn Bessem. — **Pouvreau**, Bois-Colombes (Seine). — **Prestat** (1872), ✻, Chalet Nyvers, Bayonne (Basses-Pyrénées). — **Protain** (1866), ✻, Athis (Marne). F.

Redier (1871), 8, rue Nicolas-Leblanc, Lille. Professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, Maladies de la bouche. — **Regnault** (1891), 2, rue Corvetto, Paris. Maladies des yeux. Clinique : 16, rue Dauphine. — **Reynaud** (1874), ✻, 126, cours Lieutaud, Marseille. Professeur d'hygiène coloniale à l'Ecole de médecine de Marseille et à l'Institut colonial. — **Richard-Lesay**, ✻, 38, rue Négrin, Lille. — **Robert** (1870), ✻, Dôle (Jura). — **Rochard** (1874), chirurgien des hôpitaux, 19 rue de Téhéran, Paris, — **Rochefort**, Chatou (Seine). — **Rolland** (1875), 21, rue des Cholets, Saint-Raphael-Toulouse. Maladies des yeux. Institut ophtalmique. Bulletin d'oculistique. Directeur de la Société de l'Optostat intégral. — **Rougon** (1853), ✻, 11, rue Chardon-Lagache, Auteuil. Maison de santé. — **Rouffilange** (1886), 27, rue Saint-Georges, Paris. En août, à Merlimont, plage d'enfants entre Berck et Paris-Plage. F. Maladies de l'estomac et des voies respiratoires. — **Rousselet** (1875), ✻, Guelma (Algérie). Analyse de minerais. — **Rousset** (1883), Senlis (Oise). F. — **Le Rouvillois**, Bourbon-l'Archambault (Allier). — **Rumen** (1875), ✻, Montargis (Loiret). Médecin des hôpitaux.

Salis (1888), Royan (Charente-Inférieure). Maladies des yeux. — **Savelat** (1872), ✻, 7, rue de Ninon, Toulouse. — **Sambuc** (1881), 2, avenue des Ponts, Lyon. Professeur agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon. — **Sanrey**, ✻, Batna (Algérie). — **Schoul** (1881), Tunis. F. Médecin en chef de l'hôpital civil français, lauréat de l'Académie, membre correspondant de la Société de thérapeutique et de la Société chirurgico-médicale, etc. — **Sedan**, 12, rue de la République, Marseille. — **Sendral** (1890), 97, boulevard Malesherbes, Paris. Chef de clinique du Dr Galezowski. Maladies des yeux. Clinique, 98, avenue de Clichy. — **Seney** (1873), ✻, 15, rue de Russie, Nice. — **Sexe** (1894), 73, Grande-Rue, Besançon (Doubs). Maladies des yeux. — **Sibaud** (1874), ✻, Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes). — **Simon** (1875), ✻, 36, rue Bouchardy. Lyon. Membre correspondant de la Société de pharmacie de Paris. — **Sollaud** (1872), ✻, 5, rue Callou ; Castel Marie-Edmée, Vichy. Estomac, foie, intestin, gravelle.

Taquoy, O. ✻, La Roche Possay (Vienne), et 16, avenue Bosquet, Paris. — **Thèze** (1868), ✻, Rochefort (Charente-Inférieure). Directeur des *Tablettes des Deux-Charentes*. — **Thomas** (1863), O. ✻, 17, rue Sylvabelle, Marseille, Médecin de l'Hôpital. Maladies des oreilles, nez, gorge, larynx. — **Treille**, O. ✻, Marseille ; l'été à Vichy. Professeur de clinique des maladies exotiques à l'Ecole de Marseille. — **Treille**, sénateur, 164, rue de Vaugirard, Paris.

De Valicourt (1875), ✻, 22, rue Lamark, Amiens (Somme). F. — **Valmyre** (1895), ✻, avenue des Iles-d'Or, villa Concorde, Hyères (Var). Médecin des hospices d'Hyères. Accouchements. — **Vaudin** (1882) ✻, 58. boulevard Saint-Michel, Paris. — **Veillon** (1856). Eté : Vichy ; Hiver : Rochefort (Charente-Inférieure). Médecin des hôpitaux. — **De Vesian** (1885) Castelnaudary (Aude). F. — **Vian** (1881), Toulon-sur-Mer (Var). Oculiste. — **Vidal** (1881), rue Michelet, Villa Emma, Nice. — **Vidal L.-E.** (1853), O. ✻, Hyères (Var). Médecin en chef de l'hôpital d'Hyères, médecin de l'hôpital Renée-Sabran et Alice Faguez correspond. national de l'Académie de médecine. — **De Villegente** (1869), ✻. L'été : 11, boulevard Carnot Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées) ; l'hiver : 14 rue de Cursol (Bordeaux) (n'exerce pas). — **Vincens**, O. ✻, 8, rue Hôtel des Postes, Nice, Médecin du Dispensaire Lenval pour enfants malades. Maladies des enfants.

Wickersheimer (1874), 5, place de Possoz, Paris. Médecin du lycée Janson-de-Sailly.

Zipfel (1887), 27, rue Buffon, Dijon (Côte-d'Or). Professeur à l'Ecole de médecine de Dijon, médecin de la Compagnie P. L. M., Secrétaire de la rédaction du *Bourgogne médical*. — **Zœller** (1877), ✻, 11, rue de Constantine, Philippeville (Algérie). Directeur de la Santé.

Bureau pour 1904 :

Président : Professeur Lacassagne (Lyon).
Vice-Président ; Professeur Calmette (Lille).
Secrétaires généraux : Drs Baradat (Cannes) et Granjux (Paris).
Trésorier : Simon (Lyon).

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

et la réclame charlatanesque.

Même dans le milieu très mêlé où fleurit le braconnage que nous essayons de signaler au jour le jour, on n'est pas toujours prophète en son pays. C'est le cas du sieur C. Cattet qui, depuis quelques mois, confie au «*Mémorial d'Amiens* » le soin de recruter des gogos qui lui enverront à Caudry (Nord) leurs doléances et leurs espèces. Entre lui et le client il faut au moins le Pas-de-Calais.

Ce Monsieur, qui cache très modestement ses titres scientifiques, s'il en possède, exploite sans vergogne les domaines les plus variés de la pathologie, et comme il dit envoyer gratuitement le moyen de se guérir de tout, il doit tenir un arsenal de drogues ou de brochures ou délivrer des ordonnances à jet continu Avec un gaillard comme celui-là les médecins et les pharmaciens n'ont pu qu'à plier bagages, et le sénateur Piot doit se hâter de le faire entrer dans sa commission contre la dépopulation. Que de bienfaiteurs de ce genre sont ignorés des pouvoirs publics et n'obtiennent pas la récompense due à leur désintéressement et à leur altruisme !

Voici la cueillette produite par le *Mémorial d'Amiens*.

ESTOMAC

Les personnes atteintes de gastrite, de dyspepsie et de digestions pénibles, acides et gazeuses *concordant avec les variations de température*, ont le plus grand intérêt à s'adresser à M. C. CATTET, à Caudry (Nord) qui leur enverra gratuitement le moyen rationnel de se guérir rapidement. 11

DIABÈTE

Les personnes atteintes de diabète, d'obésité précoce, de soif inusitée, de lassitude, de démangeaisons, de furoncles, de déchaussement des dents, de chute des cheveux, de fringale, ont intérêt à s'adresser à M. C. CATTET, à Caudry (Nord) qui leur enverra gratuitement le moyen de se guérir rapidement. 13

OZÈNE

Les personnes atteintes d'ozène, rhume de cerveau, coryza chronique avec fétidité de l'haleine, gonflement et rougeur du nez, ont le plus grand intérêt à s'adresser à M. C. CATTET, à Caudry (Nord) qui leur enverra gratuitement le moyen de se guérir rapidement. 15

NÉVRALGIES

Les personnes atteintes de névralgies faciale, dentaire, intercostale, lombo-abdominale, sciatique et goutteuse et de **migraines**, ont le plus grand intérêt à s'adresser à M. C. CATTET, à Caudry (Nord), qui leur enverra gratuitement le moyen de se guérir rapidement. 6

RACHITISME

Les personnes atteintes de rachitisme, d'inflammations et de ramollissement des os, des membres, de la colonne vertébrale, de **tumeurs blanches**, d'abcès froids, ont intérêt à s'adresser à M. C. CATTET, à Caudry (Nord) qui leur enverra gratuitement le moyen de se guérir rapidement.

PHTISIE

Les personnes atteintes de phtisie, laryngite, voix enrouée, toux nerveuse agaçante, de raclement, du *Hem-Hem*, ont intérêt à s'adresser à M. C. CATTET, à Caudry (Nord) qui leur enverra gratuitement le moyen de se guérir rapidement. 5

ASTHME

Les personnes atteintes d'asthme, de respiration sifflante, de visage bouffi, de sueurs, d'étouffement, de crises d'éternuement et de suffocations ont intérêt à s'adresser à M. C. CATTET, à Caudry (Nord) qui leur enverra gratuitement le moyen de se guérir rapidement. 10

CONSTIPATION

Les personnes atteintes de constipation, maux de tête, congestion, troubles d'estomac, insomnie, cauchemars, hémorroïdes, *épreintes*, grognements intérieurs, ont intérêt à s'adresser à M. C. CATTET, à Caudry (Nord) qui leur enverra gratuitement le moyen de se guérir rapidement. 14

NEURASTHÉNIE

Les personnes atteintes de nervosisme, d'affaiblissement du cerveau, du système nerveux, de la volonté et de l'énergie, de *fatigue et de tristesse chronique*, avec douleurs dans le dos et mal de tête, ont intérêt à s'adresser à M. C. CATTET, à Caudry (Nord) qui leur enverra gratuitement le moyen de se guérir rapidement. 9

HÉMORRHOIDES

Les personnes atteintes d'hémorroïdes, congestions rectales, gonflement veineux, ulcères, pesanteurs névralgiques, **crampes**, ont le plus grand intérêt à s'adresser à M. C. CATTET, à Caudry (Nord) quil enverra gratuitement le moyen de se guérir rapidement. 7

RHUMATISME

Les personnes atteintes de rhumatisme, de goutte, de migraines, de douleurs musculaires, articulaires ou névralgiques, digestions pénibles, *concordant avec les variations de température*, ont le plus grand intérêt à s'adresser à M. C. CATTET à Caudry (Nord) qui leur enverra gratuitement le moyen de se guérir rapidement. 4

DARTRES

Les personnes atteintes de dartres, furoncles, boutons, cancer, tumeurs, engorgements, plaques et plaies se propageant, ont le plus grand intérêt à s'adresser à M. C. CATTET, à Caudry (Nord), qui leur enverra gratuitement le moyen rationnel de se guérir rapidement. 8

ÉPILEPSIE

Les personnes atteintes d'épilepsie, convulsions, danse de Saint-Guy, vertiges, syncopes, vapeurs, hystérie, *torticolis*, ont le plus grand intérêt à s'adresser à M. C. CATTET, à Caudry (Nord) qui leur enverra gratuitement le moyen de se guérir rapidement. 17

YEUX

Les personnes atteintes de maladies d'yeux ou **faiblesse de la vue**, des paupières rouges et collantes, granulations, taches et abcès sur l'œil, de **glandes**, **dartres**, ont intérêt à s'adresser à M. C. CATTET, à Caudry (Nord) qui leur enverra gratuitement le moyen de se guérir rapidement. 3

VARICES

Les personnes atteintes de varices internes et externes, d'arborisations violacées, de piquetés jau-

REPORTAGE MÉDICAL

L'Assemblée générale annuelle de la Société médicale des praticiens. — C'est une véritable fête que fut, le jeudi 3 mars, cette assemblée générale.

M. le Dr Treille, sénateur, présidait, ayant à ses côtés : M. Baron, secrétaire particulier du cabinet de M. Chaumié, empêché à la dernière heure de présider lui-même ; les Drs Paul Archambaud, Mercier, Barberin, Foveau de Courmelles, président, vice-président et secrétaires de la Société. — M. Baron excusa le ministre en palmant MM. Kortz et Barberin. M. Treille remercia et improvisa un parallèle entre les praticiens et les médecins de laboratoire.

Le Dr Hulmann fit connaître ensuite l'Association médicale humanitaire ; puis le Dr Foveau de Courmelles fit une intéressante conférence sur le Radium, et M. Paul Archambaud une présentation d'un blessé.

Une soirée artistique des plus brillantes a terminé la fête, où se pressaient plus de quinze cents personnes dans l'amphithéâtre de l'Hôtel des Sociétés Savantes.

Un nouveau restaurant de tempérance. — Dimanche dernier, a eu lieu, sous la présidence de M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, l'inauguration du nouveau restaurant de tempérance « La Source », récemment fondé par Madame Legrain. Cet établissement, situé 99 avenue Ledru-Rollin, sert aux consommateurs des repas confortables, à des prix très modérés, et sa carte comporte seulement des boissons hygiéniques : lait, café, thé, eau et vin, ce dernier en quantité maxima de 25 centilitres. Le restaurant « La Source », ainsi que l'a montré M. Mesureur, constitue une propagande anti-alcoolique efficace et une œuvre philanthropique qui fait le plus grand honneur à ses créateurs, Madame et le docteur Legrain. Point important à noter, bien mis d'ailleurs en lumière par M. Peter, l'administrateur dévoué de « La Source » : ce restaurant, ouvert depuis deux mois au milieu d'une population d'artisans, est des plus prospères et réalise de beaux bénéfices financiers. Sans doute son but est d'un tout autre ordre ; mais une telle constatation était indispensable à établir pour préparer l'avenir et la multiplication d'établissements analogues.

P. L.

Les honoraires de médecine légale dans le cas d'appel par la gendarmerie. — Ainsi que l'exposait M. le Dr Lande dans un article magistral publié par le *Concours* au n° 20 de 1898, la Société de médecine légale vient d'établir que le médecin appelé, pour une constatation, par la gendarmerie, doit, s'il veut être honoré, se faire donner une réquisition écrite du maire ou d'un adjoint.

C'est donc à nos confrères, une fois de plus avertis, de ne partir qu'après avoir pris cette précaution.

Journalistique. — M. le Dr Marcel Baudouin prévient ses collègues que depuis le 1er janvier 1904, il n'est plus rédacteur en chef de la *Médecine des Accidents du Travail.* S'adresser désormais à M. le Dr Courtault, 32, rue Notre-Dame-des-Victoires (Institut de Mécanothérapie).

Le vœu des étudiants au sujet de la limite d'âge des professeurs. — Les étudiants en médecine de l'Association Corporative, réunis en assemblée générale, le 23 février 1904,

Considérant :

1° Que les troubles survenus aux cours de la Faculté de Médecine les jours précédents semblent avoir eu pour objet, de la part des manifestants, de protester contre la modification apportée par les Chambres, avec la loi de finances de 1904, dans les décrets établissant une limite d'âge pour l'exercice des fonctions publiques, modification qui supprime cette limite d'âge, sauf pour les fonctionnaires de la Magistrature et de la Cour des Comptes.

2° Que ces troubles, fruits de manifestations individuelles, mais visant un intérêt collectif, ne sauraient laisser indifférente *l'Association Corporative*, groupée pour défendre les intérêts scolaires et professionnels des étudiants en Médecine, s'il en est besoin.

3° Qu'il semble bien, après mûr examen, que la suppression du principe de la limite d'âge pourrait, en ce qui concerne l'enseignement supérieur, compromettre gravement, dans certains cas, la qualité, le bon renom et le progrès de l'enseignement de nos Facultés, nul n'étant sûrement à l'abri des atteintes de l'âge, rien ne garantissant la constance et la certitude du bon jugement par le libre arbitre d'un seul. En tous cas, l'intérêt légitime des étudiants, raison d'être des Facultés, est entièrement négligé par l'article 18 de la loi des finances de 1904.

4° Que cette opinion est partagée par la majorité du corps enseignant lui-même, si l'on en croit les nombreux avis favorables recueillis dans cette Faculté comme dans d'autres, par la presse médicale (voir *Journal des Praticiens*), et qu'ainsi se trouve attaquée seulement une disposition regrettable, menaçant le progrès d'un enseignement national, mais non pas la personne des professeurs actuels, ni celle du doyen de la Faculté de Médecine.

5° Que les protestations tumultueuses de la rue ne sauraient exprimer aussi fortement et sagement les desiderata des étudiants que l'avis formulé, après discussion méthodique et réfléchie, par un groupement comme l'Association Corporative, véritable syndicat conscient de ses devoirs.

En conséquence émettent le vœu suivant :

« Une limite d'âge restera fixée, au-delà de laquelle ne pourront être maintenus en fonction les membres du Corps enseignant des Facultés et Ecoles de Médecine. Cette limite d'âge sera maintenue à 70 ans pour tous, y compris les membres de l'Institut. Ils donnent mandat au Comité Directeur d'adresser ce vœu aux pouvoirs compétents. »

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Duhourcau, de Cauterets, membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 12 19 MARS 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

LES MEDECINS-PHARMACIENS

Le double diplôme.

Parmi les questions que soulève la proposition de loi Astier-Cruppi sur l'exercice de la pharmacie, il en est une sur laquelle l'accord ne paraît pas s'être fait encore dans le corps médical.

C'est celle des détenteurs du double diplôme de docteur en médecine et de pharmacien.

Actuellement, c'est pour eux le régime de la liberté, tandis que l'article 9 de la proposition Astier interdit l'exercice simultané des deux professions, même en cas de possession par le même titulaire des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions... . et cela sous peine d'une amende de 100 à 500 francs.

Cette prohibition future nous a valu une correspondance quelque peu discordante.

Un confrère nous écrit :

« Pourquoi empêcher le double exercice aux détenteurs des deux diplômes, alors que forcément on sera obligé d'accorder ce double exercice à des personnes munies d'un seul diplôme ? C'est inadmissible ! Comment, un très grand nombre de médecins dans les campagnes pourront légalement faire de la pharmacie, les pharmaciens pourront faire de la médecine puisqu'ils pourront délivrer sans ordonnances un grand nombre de médicaments — délivrance qui n'est possible qu'accompagnée de conseils médicaux — et ceux qui auront obtenu les deux diplômes ne pourront bénéficier des avantages légitimes que leur assure leur possession !

La loi a-t-elle le droit de soulever une suspicion gratuite contre toute une catégorie de citoyens ?

Il se produira des abus ? — Mais où n'en trouve-t-on pas ? Et pourquoi soupçonner de malhonnêteté native celui qui sera détenteur des deux diplômes plutôt que celui qui n'en possédera qu'un seul ?

On dit que le médecin-pharmacien abusera des médicaments — pourquoi en abuserait-il plus que le médecin de campagne qui fournit les médicaments ? — Qu'on soit tranquille, le public ne se laisse pas tant exploiter !

Et si l'on entre dans le régime de la suspicion où s'arrêtera-t-on ? Pourquoi ne pas accuser le médecin de multiplier ses visites plus que de raison, le chirurgien de faire des opérations qu'il sait inutiles, l'accoucheur de préférer l'application du forceps à une attente qui pourrait suffire si elle se prolongeait un peu ?

Autre lettre, autre antienne :

On ne saurait trop approuver la mesure qui interdit le cumul des deux professions à la faveur de la possession du double diplôme.

Les médecins-pharmaciens ressemblent à la chauve-souris du fabuliste :

Je suis oiseau, voyez mes ailes !
Je suis souris, vivent les rats !

En réalité, ils ne sont ni médecins, ni pharmaciens : ils vivent en marge des deux professions. La proposition Astier les obligera à choisir pour le plus grand bien des médecins et des pharmaciens.

Dans les villes, le médecin-pharmacien donne des consultations gratuites..... mais se rattrape sur les médicaments. Il fait tort aux médecins par ses consultations gratuites, le public croyant faire une économie en se rendant chez lui ; il fait tort aux pharmaciens en accaparant la clientèle, toujours grâce à ses consultations gratuites.

Dans les campagnes, la situation peut être pire encore, et je me rappelle avoir lu dans le *Concours* cette histoire d'un pharmacien-médecin installé dans

un canton du centre en concurrence avec un autre médecin, prétendant obliger celui-ci à lui envoyer ses ordonnances et détournant les clients par des critiques, des observations ou des conseils plus ou moins perfides.

Le médecin de campagne qui fait de la pharmacie est avant tout médecin, il n'a pas officine ouverte et la pharmacie chez lui n'est que l'accessoire ; il ne peut empêcher son confrère de faire pareil et n'attire pas le public par des manœuvres fallacieuses.

Troisième son de cloche :

Si l'on se place au point de vue de l'intérêt général, il n'y a aucun intérêt à favoriser l'accroissement du nombre des médecins-pharmaciens. La science progresse chaque jour et la conséquence est qu'il faut de plus en plus se spécialiser pour acquérir dans chaque branche le maximum des connaissances possibles: c'est ainsi qu'on voit augmenter le nombre des chirurgiens, des accoucheurs, des oculistes, des auristes, des électriciens, des gynécologistes, des médecins d'enfants, sans parler de ceux qui s'occupent surtout des maladies de poitrine, de l'estomac, du cœur, du système nerveux, etc..., etc... Croit-on que, dans ces conditions, il soit avantageux de surajouter aux études de médecine générale les études pharmaceutiques? — Il est permis de supposer que les médecins-pharmaciens seront et des médecins médiocres et de mauvais pharmaciens ?

Durant le cours de mes études médicales, j'ai connu un certain nombre d'étudiants faisant à la fois médecine et pharmacie : aucun ne s'est fait un nom, ni comme médecin, ni comme pharmacien, et pourtant, dans le nombre, il y en avait qui ont fait les deux internats.

Nous pourrions multiplier les citations : les arguments se ressemblent, les uns pour, les autres contre les médecins-pharmaciens, et tous, il faut bien le dire, également sérieux.

Citons cependant une dernière lettre qui propose une solution moyenne :

Sans doute, il n'y a aucun avantage à voir se multiplier les médecins-pharmaciens, il est cependant quelque peu injuste de leur refuser des droits que, par la force des choses, on est amené à concéder à des praticiens qui ne possèdent qu'un seul des deux diplômes.

Peut-être conviendrait-il de s'arrêter à une solution moyenne en augmentant leurs droits comparativement à ceux qui n'ont que l'un des deux diplômes, sans cependant leur accorder la plénitude des droits que confère chacun de ces diplômes pris isolément.

Prenons le médecin-pharmacien patenté médecin : il n'aurait pas le droit de tenir officine ouverte, mais il pourrait, tout comme les médecins faisant de la pharmacie, fournir des médicaments à ses clients avec ce privilège de n'avoir pas à tenir compte du voisinage d'une officine. Il tirerait de son double diplôme un certain avantage et ne porterait pas trop grand préjudice à ses confrères.

De son côté, le médecin-pharmacien patenté pharmacien pourrait délivrer tous les médicaments sans ordonnance, mais il n'aurait pas le droit de faire de la clientèle hors de sa maison. De plus, s'il était établi comme seul pharmacien dans une localité pourvue de plusieurs médecins, il ne pourrait empêcher les autres médecins de fournir les médicaments à leurs propres clients.

Solution bâtarde, si l'on veut, mais susceptible d'amener peut-être un *modus vivendi* acceptable pour tous.

Nous avons, aussi impartialement que nous avons pu, résumé la correspondance que nous avons reçue sur cette question des médecins-pharmaciens. Nous serions désireux, avant de prendre une attitude définitive, d'avoir l'opinion d'un plus grand nombre de nos confrères.

Nous les invitons donc à étudier la question et

FEUILLETON

Le Corset.

Consultations pour les femmes du monde.

Par le Dr Degrave (Lagrasse, Aude).

De beaux habits, et l'air souffrant,
Si vous saviez comme on s'en passe !

Mme de Girardin disait qu'on n'a pas la même âme en robe du matin qu'en toilette du soir. De ces paroles on a tiré des déductions plus ou moins philosophiques, mais surtout littéraires, sur le rôle moralisateur de la toilette, et par conséquent du corset, puisque le corset reste toujours l'armature centrale de la toilette féminine. Une aimable écrivain, naguère dans le *Figaro*, exaltait cette sorte de contrainte, créée par le corset, qui fortifie la volonté et tonifie le caractère. De pareilles idées nous ramèneraient peut-être à la pratique malsaine des anciens cilices. Elles sont d'un autre âge. Bref, sauf votre respect, ça pue le moisi.

A ces momies d'antan, tenaillées, cadenassées, étouffées, pétrifiées, je préfère certes les « emballées masquées, enlunettées, empaquetées, vêtues de peaux de bêtes », mais « ivres de vent, de paysages et de vitesse » que sont les automobilistes modernes. Pas si empaquetées que ça, croyez-le, car au sortir de ces vilaines peaux, elles savent, au travers de leurs dentelles flottantes, nous montrer des corps sains respirant santé et beauté, vrais apanages de la vie.

Je suis d'avis, en effet, pour relever les volontés débiles, qu'il est assurément des exercices plus nobles, plus louables, plus moraux, que de meurtrir et lacérer volontairement ses propres chairs et entraver ainsi le complet épanouissement de son être y comprise la grande œuvre de la maternité. Poussant à bout cette argumentation, il me serait facile d'aboutir à conclure que le corset, comme le cilice, est une arme doublement néfaste, à double tranchant, suicide et homicide, car virtuellement faiseur d'anges.

— S'il est vrai qu'on n'a pas la même âme en robe du matin qu'en toilette du soir, moi hygiéniste, plus prosaïque, je vois dans ces paroles l'éclatante confirmation d'un chapitre de notre pathologie, qui est la *dyspepsie nerveuse*, et aussi l'*entéroptose*, sa fidèle compagne, tellement fidèle qu'elle forme avec elle anneau de la même chaine, l'une attirant l'autre et réciproquement.

Vous dormez mal, n'est-ce pas, Madame ? A minuit, une heure, deux heures du matin, vous êtes en proie à un malaise quelquefois tellement angoissant que vous croyez que *c'est la fin*. Torturée par des pincements, déchirements, dans la région du cœur, qui palpite et s'affole, menace d'éclater, vous ressentez des aigreurs, des brûlures à l'estomac et à la gorge : vous vous asseyez, vous levez, vous recouchez, tournez et retournez dans votre lit comme jadis sur son gril devait faire le martyr Saint-Laurent, rôti par des charbons ardents. Vous vous en-

à nous soumettre, à bref délai, leur manière de voir.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le mode d'allaitement des jumeaux.

M. le Dr EUSTACHE, de Lille, a fait de très intéressantes recherches sur l'allaitement des nouveau-nés et en particulier, sur l'allaitement des jumeaux, d'où il tire les conclusions suivantes :

Lorsque des jumeaux viennent au monde dans un état de débilité congénitale plus ou moins accentuée, la meilleure sauvegarde pour eux, la meilleure sécurité pour la mère, c'est que celle-ci les allaite simultanément et exclusivement pendant les 3 ou 4 premiers mois, quitte à s'aider de l'allaitement mixte dès que les enfants ont acquis un poids de 5 kilos et au-dessus.

Si nous voulons résumer ce qui précède en une formule concrète, nous dirons que la survenance de jumeaux, quel que soit du reste leur état au moment de la naissance, ne change rien à la règle générale, qui est que la mère doit allaiter son ou ses enfants.

M. Eustache voudrait que cette règle fût admise, inscrite dans les cours, et que le médecin praticien en fût bien pénétré, afin d'y conformer toujours les avis et les ordres qu'on ne manquera pas de lui demander en pareille occurence.

Diagnostic des tumeurs de l'hypochondre gauche.

M. le Dr Edm. GIAUFFER, de Lyon, a consacré sa thèse à l'étude du diagnostic des grosses tumeurs de l'hyponchondre gauche ; ce diagnostic est parfois extrêmement difficile. En effet, ce peut être une tumeur du rein ou une splénomégalie. Malheureusement, les notions tirées de la forme et de la situation de la tumeur pourront ne pas être d'un grand secours. Il en est de même des résultats de la percussion. Le ballottement est nettement en faveur d'une tumeur du rein, mais ne constitue pas un signe pathognomonique.

Un varicocèle d'*apparition récente* constitue un symptôme très important en faveur de la localisation rénale.

L'examen du sang devra toujours être pratiqué, il poura parfois résoudre le problème.

L'examen des urines est souvent infidèle. Mais il nous semble que leur séparation intra-vésicale doit être pratiquée dans les cas douteux et doit fournir des résultats très importants.

Quant à l'insufflation du côlon, elle pourrait toujours être pratiquée en raison de son innocuité et de sa facilité d'exécution, et pourra donner un renseignement intéressant.

La stomatite mercurielle.

La *Revue internationale de Clin. et de Thér*. publie un très pratique résumé du traitement moderne de la stomatite mercurielle, dont nous détacherons les points les plus importants :

Tout d'abord, la présence des dents est indispensable à l'éclosion des accidents ; de plus, le mauvais état des dents favorise le développement de la stomatite mercurielle ; le fonctionnement défectueux des glandes de la peau, du foie, des reins, favorise également l'apparition de la stomatite.

---

dormez enfin, peut-être après avoir, à plusieurs reprises, largement imploré un alcool de menthe ou de mélasse, votre arme de chevet, qui ne sert, par surcroît, qu'à vous acheminer vers l'alcoolisme insidieux. Le génie du mal vous nargue encore en votre sommeil qu'il surcharge et assombrit de noirs cauchemars, de rêves pénibles. Véritable bourreau, ce sommeil se prolonge bien avant dans la matinée, et au réveil vous constatez amèrement que ce sommeil de plomb ne vous a procuré aucun repos. Et vous vous levez fatiguée, affaissée, exténuée.

Cette lassitude, cet effondrement de votre personne ne feront trêve que lorsque vous aurez mis votre corset. Vous en concluez que le corset est bienfaisant pour vous. Et cependant n'en croyez rien, car le corset, ce faux ami, est cause de tout le mal.

Le port habituel du corset a rompu, en effet, l'équilibre de vos organes abdominaux. Sa construction les anémie, les atrophie ; elle les chasse, les repousse hors de chez eux pour les cumuler plus ou moins loin en de nouveaux domiciles, nullement faits pour les recevoir, et dont ils distendent les parois. A tel point que lorsque vous enlevez votre corset, le contenant, ou sac abdominal, élargi et relâché, devenant plus grand que le contenu viscéral raréfié, il se produit un vide dans votre ventre, un défaut de tension. Vos organes ballottent et, dans la station debout, ils tombent, tirant sur leurs ligaments suspenseurs, branlants et allongés.

De même, habituées à la tutelle du corset, plaquées sur un squelette chancelant, toutes vos chairs, devenues flasques, manquant de ton, *déclivent* dès qu'elles ne sont plus soutenues, comme choit la terre glaise encore molle d'une maquette à laquelle l'artiste enlève trop vite les bandelettes qui l'enserrent.

Alors vous gemirez corps et âme, tout ensemble. En vertu de la loi de symbiose, de synergie, de solidarité, qui régit toutes les parties de notre organisme, et des rapports non moins étroits qui existent entre notre psychisme et notre organisme, tout votre être souffrira, car votre mentalité compatira avec votre physique, avec votre guenille. Et comme cette souffrance sera plus accentuée le matin, votre irritabilité, votre maussaderie, votre hypocondrie, votre psychasthénie, votre aboulie, atteindront à cette heure leur apogée.

Mme de Girardin avait donc raison de dire qu'on n'avait pas la même âme en robe du matin qu'en toilette du soir. C'est qu'elle était peut-être dyspeptique. La maladie du corset vivait déjà.

— Dans le principe, toutes ces manifestations morbides s'effacent et disparaissent à mesure que la journée s'avance. Vous en êtes quitte pour quelques éblouissements, quelques vertiges, quelques bouffées de chaleur, quelques vapeurs. Vous en êtes quitte, et vous savez pourquoi..., pour, à table, garnir avec vos gants les verres à vins fins, repousser les mets les plus appétissants, et observer sévèrement un strict carême volontaire. Vous le faites d'ailleurs depuis si longtemps, et avec une telle ostentation, qu'on a pu dire tantôt que « l'austérité douteuse des cloîtres du vieux temps se prélasse aujourd'hui à la table des riches et l'affectation d'un jeûne perpétuel est devenue une manie de bon ton ». Mais, avouez-le, ce n'est de votre part qu'une abstinence forcée, mesdames, édictée, puis imposée, par votre affolement de sveltesse et de diaphanéité.

La stomatite mercurielle est, quant à sa nature, *plus infectieuse que toxique*. Qu'est-ce à dire ? Pendant longtemps, on a cru que la seule élimination du mercure à travers la muqueuse buccale était responsable des stomatites, légères ou graves, exceptionnellement mortelles, qu'on voit subvenir chez des sujets auxquels on fait absorber une préparation hydrargyrique. Grâce aux travaux et aux observations de Galippe, du professeur de Renzi, de Naples, de Tenneson, de Chompret, de Maurel, nous savons que les choses ne sont pas aussi simples : l'élimination du mercure à travers la muqueuse buccale n'est pour ainsi dire que l'occasion d'une stomatite infectieuse, dont le développement réclame l'intervention de deux autres éléments :

L'élément *terrain*, représenté par le mauvais état de la bouche, par la présence de dents cariées, d'ulcérations gingivales, etc.

L'élément *bactérien*, représenté par les micro-organismes purulents, hôtes normaux ou accidentels de la cavité buccale, et susceptibles d'engendrer des stomatites de gravité variable, suivant le degré et la nature de leur virulence.

Cette pathogénie se reflète dans les idées que professe Tenneson, relativement aux deux phases successives que traverse toute stomatite mercurielle :

Une première phase, *congestive*, correspond à l'élimination du mercure à la surface des gencives.

Une seconde phase, *ulcéreuse*, est l'œuvre des infections secondaires, fomentées par des parasites virulents de la cavité buccale, qui trouvent dans le mauvais état des gencives un terrain favorable à la mise en jeu de leur virulence.

Et comment pouvons-nous concevoir le rôle du mercure dans le développement de cette stomatite plus infectieuse que toxique ? Les recherches de M. Maurel vont nous en fournir le moyen. Elles nous ont appris que le sublimé affaiblit la vitalité des leucocytes, à des doses de 1/40.000 qui sont sans action sur des bactéries d'une virulence relativement faible, telles que le staphylocoque blanc. On conçoit dès lors, qu'en s'éliminant par les gencives ulcérées, à des doses quasi-infinitésimales, le mercure anéantira les leucocytes qui sont nos défenseurs naturels contre les bactéries virulentes, alors qu'il sera sans action nocive sur celles-ci. On conçoit également que le mercure, en applications directes sur les gencives ulcérées, se comporte comme un remède très efficace contre la stomatite mercurielle, à condition d'être employé à doses assez fortes pour que son action bactéricide s'exerce contre des bactéries virulentes. Le mercure employé pour guérir la stomatite mercurielle ! Il y a de quoi faire pâmer d'aise tous les homœopathes de l'univers. N'importe. Les faits sont là, qui démontrent que la médication susdite est aussi efficace que rationnelle, voire supérieure à celle qui était usitée à l'exclusion de toute autre, jusqu'à ces dernières années.

Qu'était cette médication, consacrée par l'usage et la pratique des maîtres ? Il est à peine besoin de le rappeler, tant elle était et est encore classique, d'un emploi courant. Elle consistait à supprimer la cause, supposée unique, de la stomatite mercurielle, c'est-à-dire l'administration du mercure et à prescrire l'usage simultané du chlorate de potasse en gargarisme (8 grammes de sel pour 300 grammes d'eau) et en potion (4 grammes de sel dans 120 grammes de julep gommeux, à prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures). En outre, le malade était astreint à des

---

Vous en êtes quitte encore pour étouffer ou voiler, par une toux savamment provoquée, tous ces incommodants *glouglous* qui, en dépit de toute convenance, se font entendre dans votre gorge, juste à l'instant inopportun, parcourant toute une gamme musicale, depuis le plus petit « ronron », qui chatouille désagréablement, jusqu'au sinistre clapotement qui vient du bout de vos entrailles et vous fait pâlir et frémir de honte et d'horreur.

Mais peu à peu, avec le temps, tous ces symptômes s'accentuent, s'aggravent, se prolongent et durent ; ils ne vous quittent plus. A ce moment, le corset ne soulage pas. Ce faux ami vous abandonne. *Vous êtes une malade.* Eternelle blessée, amaigrie, anémiée, vous devenez bilieuse, grincheuse, acariâtre, de mauvaise compagnie.

N'allez donc pas me soutenir, pour votre défense, qu'« on serait merveilleusement mal à son aise dans une société où tout le monde se mettrait à son aise ». Non, car la réforme de la toilette n'exclut pas la bonne éducation, ni la galanterie, ni la politesse, ni l'étiquette. Etant plus à l'aise, mais convenablement plus à l'aise, on serait certainement plus gaie, plus sincère, moins médisante ; finalement, d'une fréquentation plus agréable, parce que l'on serait plus fraîche, plus robuste, moins torturée, plus libre, maîtresse de soi, plus heureuse, en un mot moralement comme physiquement meilleure, la méchanceté diminuant à mesure que la santé augmente. Vos salons seraient de ravissants édens, en majorité peuplés d'oiseaux, chantant et gazouillant en pleine liberté, même parés et musqués, et non de sombres volières encombrées de pics méchantes et de poules grincheuses.

— Passant à un point de vue plus pratique, j'ajouterai, mesdames, que, avec un corps sain meublé d'un esprit sain, vous seriez mieux armées pour la lutte de la vie, et pour la sélection naturelle ou sociale, voire même pour la guerre des sexes. Ce mode de révéler, par le plein éclat et le libre épanouissement de votre être « votre type mental », « votre esthétique personnelle, vos intentions profondes », vaudrait cent fois mieux qu'un air souffrant avec une taille outrément fine. Et vous pourriez alors vous recommander de réels sentiments *d'altruisme*, car vous pourriez être plus utiles et plus agréables à votre semblable, moins renfermées que vous seriez en vous-mêmes, partant moins égoïstes.

Par ce temps de revendications féminines, à une époque où se fait sentir le besoin impérieux, la soif insatiable de liberté et d'indépendance, où le moindre lien blesse, où la raison proteste et aspire à briser toute entrave, où l'être naturel se rebiffe contre les conventions sociales ou mondaines qui l'ont déformé, ces considérations sont ici à leur place et ne sont pas à dédaigner. Stigmate d'esclavage, *carcere duro*, le corset ajoute à l'infériorité naturelle de la femme, et d'autant plus regrettable que celle-ci est consentie, voulue. Apôtres du féminisme, démolissez donc avant tout cette nouvelle Bastille, ou bien transformez-la ! Que ce soit un confortable et secourable palais, non plus une prison !

II

Il serait injuste de ne pas reconnaître les importants progrès qui se sont réalisés dans l'industrie du corset. On ne peut que louer les efforts admira-

soins métieuleux de propreté de la bouche. On lui cautérisait ses ulcérations gingivales, avec de l'acide chlorhydrique pur, ou avec du nitrate d'argent, avec de l'acide chromique au 1/50. Enfin on veillait à la prompte élimination du mercure absorbé: diurétiques, régime lacté, chez les sujets qui avaient été soumis à l'administration interne d'une préparation mercurielle; bains sulfureux, chez ceux qui avaient été traités par les frictions; extirpation éventuelle des *nodi*, chez ceux qui avaient subi des injections sous-cutanées d'une préparation insoluble.

Ce traitement suffit dans la plupart des cas, mais non dans tous, pour enrayer la stomatite mercurielle. Seulement il a un défaut, il nécessite la suspension du traitement mercuriel. Conséquemment il place dans une situation embarrassante le médecin mis en présence d'un malade en cours de traitement pour une syphilis grave et qui vient de contracter une stomatite.

Avec le traitement mercuriel, auquel nous faisions allusion il y a un instant, la difficulté tombe. Ce traitement, préconisé il y a déjà une vingtaine d'années par Panas, par Galippe, un peu plus tard par de Renzi, qui employait le mercure sous la forme d'un collutoire au 1/4000, a été perfectionné par le Dr Chompret dentiste des hôpitaux de Paris. Chompret, s'inspirant des travaux du Dr Camescasse sur l'emploi des savons pour les besoins hygiéniques de la bouche, a eu l'idée de recourir à un savon au sublimé, pour le traitement prophylactique et curatif de la stomatite mercurielle. Ce traitement a fait ses preuves. Dès 1899, Tenneson, dans une communication à la Société de dermatologie (12 janvier 1899), témoignait catégoriquement en sa faveur. Après avoir reconnu l'efficacité prophylactique de l'emploi du savon mercuriel, il ajoutait que, par l'usage judicieux de ce topique, on évite tout retard dans le traitement de la syphilis et on peut, sans inconvénient, continuer le traitement mercuriel quand déjà la stomatite existe.

M. le Dr Prost a indiqué, dans sa thèse, la formule d'un savon dentifrice qui lui a donné de très bons résultats.

Savon mercuriel	15 gr.
Glycérine neutre	5 gr.
Alcool	5 gr.
Sublimé	0 gr. 30
Menthol	1 gr
Saccharine	0 gr. 10
Matière colorante	q. s.

Le savon est dissous dans la glycérine à une douce chaleur, puis additionné d'un acide faible, acide borique, pour neutraliser l'excès de base; finalement on y verse le menthol et le sublimé dissous dans l'alcool.

Ce savon est appliqué sur tous les points ulcérés de la cavité buccale avec une brosse dure, en mitigeant les effets douloureux du premier jour par un gargarisme à l'hydrate de chloral. En 4 ou 5 jours, généralement la stomatite est guérie.

Grossesse extra-utérine.

Il est de toute importance de faire dès la première période le diagnostic exact de la grossesse extra-utérine, car il y a dès ce moment indication urgente d'intervenir comme pour une tumeur maligne.

Parmi les signes présentés par les femmes en état de gestation ectopique, il est intéressant de rechercher les tares de dégénérescence, car, in-

---

bles de ces ardentes réformistes qui se doublent d'incomparables fées du chiffon. Nous ne voyons plus guère aujourd'hui, sur les dames soucieuses de leur santé et de leur beauté, ces affreux instruments de torture qui, gonflant le ventre comme une outre, séparaient nettement le corps en deux et le faisaient ressembler à un grotesque et ridicule sablier. La vraie place de ces corsets d'antan est désormais au musée de Cluny, à côté des « corps piqués » et des Cuirasses de fer de la maléfique Catherine de Médicis. Néanmoins, le dernier cri de la Mode n'est pas encore le dernier cri de l'Hygiène ni de l'esthétique.

Le *corset droit* a sans doute l'avantage d'avoir allongé la taille; il adoucit, il moule mieux la cambrure des reins. La zone de constriction n'est plus si étroite, et par conséquent moins à craindre. Malheureusement, ses défauts sont plus nombreux que ses mérites.

1° D'abord, dans sa partie antérieure, *le corset droit remonte généralement trop haut*. Il ne dégage pas assez la région épigastrique. Fidèle à la tradition, c'est un glouton qui veut encore trop embrasser et se préoccupe toujours trop de porter aide et protection à « ces coquins de pendards » comme les appelait Voltaire, tellement pendards, helas! qu'ils ont le plus souvent besoin de remplaçants! C'est que le corset, pour ne plus être thoracique, et il le faut absolument, doit renoncer définitivement à soutenir les seins. Ce rôle, si on tient tant à le conserver, doit être réservé au *soutien-gorge* indépendant.

2° — En second lieu, *le corset droit abuse de sa droiture*.

Si, comme l'ancien corset, il ne repousse pas le ventre de haut en bas, il appuie trop sur lui, et, sous prétexte de le dissimuler, *l'écrase* comme ferait un étau posé d'avant en arrière. Cette pression brutale traumatise les intestins, les chasse, les disloque; bref, elle produit la vraie *déventration*, qui se révèle pathologiquement par tous les signes de l'entéroptose, de la dyspepsie et des névropathies dont je vous ai déjà indiqué le sommaire tableau.

Cette pression néfaste s'étend ici principalement sur le plancher périnéal, faisant sourdre varices et hémorroïdes, énucléant, prolabant vessie, utérus et tout l'appareil génital, de telle sorte que le dernier cri de la mode, qui est de ne plus avoir de ventre, aboutit à la grève, inconsciente mais réelle, des ventres, au sens de la maternité.

3° Pressurés, les intestins trouvent une sortie, une échappée sur les côtés du bord inférieur du corset. En cet endroit le ventre déborde, formant besace; et cette fuite immodérée, cette diversion sans limites, permet *ad libitum* d'exagérer la constriction. *Il en résulte que le corset droit serre trop.*

J'en conclus, au point de vue de l'hygiène, que le corset droit ne vaut rien. Il me reste à l'apprécier sous le rapport de l'esthétique.

— La santé et la beauté devant être unies par des liens indissolubles, l'esthétique confirmera d'abord la précédente sentence portée par l'hygiène contre le corset droit. Au nom de l'esthétique, je puis donc, d'ores et déjà, vous répondre : le corset droit vous rend souffrante, il ne peut donc que ternir, altérer et dédorer votre beauté; le corset droit vous rend malade, il ne peut donc que vous rendre laide; si vous restez encore belle malgré lui, je vous réponds que vous seriez encore plus belle sans lui et que vous le seriez bien plus longtemps.

pendamment du mécanisme, la cause primordiale de cette affection, la cause des causes, comme disait Trélat père, paraît quelquefois résider dans une tare dégénérative du sujet.

Les femmes ont souvent un passé héréditaire nerveux ; dans certains cas, on a noté des chagrins, des secousses morales au moment de la conception. Nous ajouterons pour notre compte le surmenage psychique et la neurasthénie.

Il est trois symptômes auxquels on n'a pas accordé toute l'importance qu'ils méritent, ce sont : les lipothymies, des vertiges en dehors de ceux appartenant à l'hémorrhagie, la dysmémorrhée pseudo-membraneuse (Doléris).

D'après M. Doléris, ces femmes sont souvent des débiles, des hyposthéniques, des « méiopragiques », souvent chez elles on trouve des ptoses viscérales.

La musculature des parois abdominales et celle des viscères de l'abdomen présente de la laxité comme doit en présenter la trompe ; le manque de tonicité dans les parois musculaires de celle-ci expliquerait la faiblesse de ses mouvements actifs (analogue au péristaltisme intestinal), voire l'atonie complète du conduit tubaire capable d'arrêter la marche de l'ovule fécondé vers l'utérus, de l'immobiliser en un point déterminé de la trompe.

A côté de la ptose tubo-ovarique, de l'atonie salpingienne, M. Doléris fait volontiers jouer un rôle à l'ectasie vasculaire et principalement veineuse.

Les veines salpingées se disposent autour de la trompe en cerceaux et dépriment quand elles sont ectasiées le conduit tubaire. Entre deux anses vasculaires. celui-ci se boursoufle, se dilate, chacun de ces rétrécissements devient un détroit difficile à franchir pour l'ovule, chacun de ces sinus un lieu d'élection pour s'y fixer ; cet aspect moniliforme, flexueux (circonvolutions tubaires quand il est porté à son maximum) serait volontiers une cause prédisposante à la grossesse extra-utérine.

En résumé, qu'elles soient vertigineuses, lipothymiques, dysménorrhéiques ou ptosiques, que les malades soient atoniques de par leur cerveau ou par leurs organes, un trait d'union patronymique réunit tous ces signes.

Lipothymies, vertiges, dysménorrhée, ptoses viscérales, ne sont que symptômes similaires, des équivalents, tous manifestations diverses d'un même tempérament, et ces femmes qui en sont affligées, ces diathésiques, nous paraissent entre toutes aptes aux gestations ectopiques.

La Sécrétine.

Récemment, à l'Académie de médecine, M. le Dr Enriquez a fait une communication dont le côté conjectural prête à critique. Parlant de la digestion duodénale, M. Pawlow était arrivé à cette conclusion que le contact de toute solution acide suffisamment concentrée avec la muqueuse duodéno-jéjunale est l'excitant physiologique spécifique de la sécrétion pancréatique. Formulée ainsi, la proposition ne serait pas tout à fait exacte. Ce n'est pas une solution acide qui provoquerait l'excitation sécrétoire, mais bien une substance spéciale, la *sécrétine*, qui se produirait au contact de cet acide et de la muqueuse duodéno-jéjunale. Cette sécrétine ne serait pas seulement un excitant de la sécrétion pancréatique, mais aussi un excitant de la sécrétion billiaire.

M. Enriquez a tenté de stimuler cette fonction

Je pourrais m'arrêter là, mais je veux poursuivre plus avant ma critique sur l'esthétique du corset droit.

1° S'il est instrument de gêne, une sorte d'étouffoir de la santé et de la vie, le corset n'en est pas moins un instrument de mensonge. Il ment à la nature, car trop souvent il masque, déforme et enlaidit les beautés naturelles de la femme. Plus on s'écarte de l'habit de nature, plus on pèche contre le goût. En d'autres termes, suivant l'avis de Foveau de Courmelles, l'*art doit s'inspirer de ce qu'il voit, et il est d'autant plus parfait qu'il reproduit mieux la réalité.* Ce qui revient à dire, avec Platon, que le beau est la splendeur du vrai.

Or nous savons que la *ligne vraie, chez la femme, est la ligne courbe*. C'est elle qui domine et caractérise l'anatomie plastique de la femme. C'est cette ligne qui lui donne la grâce, le charme, ce je ne sais quoi de moelleux et de caressant qui subjugue, enveloppe et attire. C'est que la *ligne courbe est la ligne de beauté.*

C'est donc cette ligne que l'art du vêtement doit conserver, copier, mouler et faire valoir extérieurement. Par l'idée de *rectitude* et de *redressement* que son nom implique, le corset droit est donc inesthétique. Il l'est aussi de fait puisqu'il aplanit, enfonce même, la douce convexité naturelle, normale, de l'abdomen.

2° En second lieu, pour être réellement belles, les courbes de l' « argile idéale » ne doivent pas être immobilisées, figées, inertes et rigides comme marbre, mais souples, animées, *ondoyantes*. C'est cette impression qu'ont voulu rendre les nombreux peintres qui ont représenté Vénus sortant de l'onde. *Mobiles comme l'onde*, les formes de la femme doivent conserver toute la *flexibilité*, toute la *liberté d'allures*, dont la nature les a douées. Tout mouvement doit leur être possible, et ce pouvoir latent doit se laisser deviner, même au repos. Les formes de la femme doivent révéler extérieurement la force qui les anime, qui palpite sous elles, c'est-à-dire la vie et son frissonnement, ce qui manque à certaines statues pour être parfaites.

Or, sous la gêne du corset droit, le corps de la femme acquiert de la *rigidité*. Il se cabre tout entier, il se raidit, se *contracture* devant cet obstacle qui mutile et broie ses entrailles. Immobilisé, tendu, jeté en arrière pour contrebalancer l'équilibre perdu, en cette attitude guindée, le corps de la femme, ensellé et tétanisé, ne garde aucune de ces séductions serpentines qu'il possède naturellement et en font la beauté.

En résumé, avec le corset droit, on obtient une poupée plus ou moins mal articulée et seulement en certains sens et en de certaines limites, mais on n'a pas une poupée réellement vivante.

A vous toutes, Mesdames, qui portez le corset droit, je puis donc dire comme Louis Legendre :

Le grand chic est un esclavage
Et le grand chic est d'être en bois.

3° Enfin j'ai déjà dit que le corset droit serre trop; je le répète en ce chapitre puisque, en créant des tailles trop fines, le corset droit va à l'encontre de cette loi essentielle de l'esthétique qui exige l'*harmonie des proportions*. On trouve cette harmonie chez la Vénus de Milo et celle de Médicis qui cependant n'ont pas la taille fine. C'est que le *nombre*

sécrétinique. Il a usé à cet effet de capsules de gluten (ces dernières réfractaires à la digestion gastrique), et dans ces capsules a introduit l'acide excitateur. Il s'est servi de l'acide tartrique. Chez plusieurs malades, une constipation opiniâtre a cédé sous l'influence de la médication.

On ne saurait faire trop de réserves sur toute médication neuve ayant pour but de régulariser les fonctions intestinales. Impressionné par l'idée d'un remède nouveau, le système nerveux du malade entre en activité et provoque par voie de suggestion l'effet qu'on se croyait en droit d'attendre.

MEDECINE PRATIQUE

Traitement de la bronchite aiguë grippale et capillaire.

La bronchite aiguë est une manifestation de l'infection grippale ; aussi la rencontre-t on particulièrement dans les saisons où sévit la grippe ou influenza, en hiver ou au début du printemps. C'est donc à cette époque que l'on a le plus souvent l'occasion de la traiter. Et cependant. la méthode est trop fréquemment absente de ces prescriptions magistrales. qui reflètent le degré d'incertitude du diagnostic clinique.

Pour bien traiter la bronchite aiguë en effet, il ne faut pas se contenter d'un vague diagnostic, fait comme le ferait un élève de première année en auscultation, par la simple audition de râles humides sous-crépitants ou de râles sibilants plus ou moins abondants.

Pour établir un diagnostic complet, on ne saurait trop s'entourer de renseignements et de constatations cliniques : température, expectoration, évolution générale de la maladie, transpirations, prédominance des râles sous-crépitants au sommet d'un seul côté ou des deux côtés à la fois, tous ces symptômes ont une importance considérable pour le diagnostic et le pronostic de toute bronchite aiguë. L'aspect de la langue même a une très grande signification au point de vue de l'origine de la brônchite : nous n'avons pas besoin d'insister sur la coloration violacée et l'apparence porcelainique de la langue grippale, sur l'aspect rouge vif des bords et la couche saburrale épaisse du dos de la langue observés dans la dothiénentérie.

I.

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE SIMPLE CATARRHALE GRIPPALE

L'évolution de la bronchite aiguë comporte deux périodes bien distinctes. une période de catarrhe et une période de coction, c'est-à-dire une période où la sécrétion des muqueuses bronchiques doit être stimulée et une période où l'on doit chercher à tarir cette sécrétion. Le point délicat est précisément de saisir à quelle période l'on se trouve pour formuler un traitement approprié ; généralement, on se presse trop d appliquer un traitement desséchant et cicatrisant. Dès qu'on a reconnu l'existence de la bronchite, on s'empresse d'administrer le goudron, la créosote, le gaïacol, la terpine, l'eucalyptus, le bourgeon de sapin, la térébenthine ; c'est un grand tort et une grosse faute. La thérapeutique ne doit pas marcher à l'encontre de l'évolution de la nature; quand l'inflammation est à la période aiguë, catarrhale, il est formellement indiqué de favoriser cette sécrétion par l'application des préparations éméto-

---

de centimètres à la ceinture importe peu pour la beauté. Ce qui importe, c'est la silhouette, c'est l'ensemble, c'est l'harmonie.

Vous péchez donc contre l'esthétique, Mesdames, quand, sans considération pour l'ampleur du reste du corps, vous serrez exagérément votre taille au point de faire déborder des hanches luxuriantes, qui pourraient parfois rivaliser avec celle de la Vénus hottentote ou Vénus Callipyge. N'oubliez pas que la coquetterie est l'art de se faire belle et qu'une des principales conditions de l'esthétique est l'harmonie des proportions. Si donc vous voulez être belles, ne cherchez pas la taille fine, méfiez-vous du corset droit.

L'esthetique, comme l'hygiène, condamne donc le corset droit.

III

Il ressort de cette étude que le vice capital du corset droit est de ne pas être abdominal d'une façon efficace. Je sais bien qu'il a la prétention de l'être. En réalité, il ne l'est pas du tout. Vous avez beau remonter franchement l'abdomen en tirant sur la chemise par en haut, pendant que l'autre main retient le corset par en bas, votre abdomen ne tarde pas à glisser sous la pression de ses tenailles, comme vous échappe un noyau pressé entre deux doigts.

C'est que pour devenir *réellement abdominal, le* corset ne doit plus être droit. Il faut que sa partie antérieure soit légèrement incurvée dans le sens de la courbe naturelle anatomique du ventre ; qu'il moule, reçoive et soutienne le ventre de bas en haut.

Alors seulement, le corset pourra se recommander de l'hygiène et de l'esthetique: Alors seulement, il méritera l'étiquette élogieuse d'*écrin féminin*, parce qu'il n'abimera pas et n'écrasera pas les perles qu'il renferme.

Le modèle du genre existe. C'est le corset Gâche-Sarraute.

Si vous ne pouvez, Mesdames, vous passer de corset, s'il vous répugne de suivre les conseils de Marcel Prévost en innovant des robes d'une seule pièce, genre soutane, ou en vous affublant de bretelles pour faire tenir vos jupes, prenez un corset abdominal. Celui-ci guérira chez les unes et préviendra chez les autres la trop réelle maladie du corset, car il résume toute la thérapeutique et toute la prophylaxie de l'entéroptose et de la dyspepsie nerveuse.

C'est par là que je finis et je conclus : que le *corset doit être abdominal ou il ne doit pas être*, pour la majorité des femmes que la nature a bien faites. Or c'est la règle. Les autres sont l'exception. D'ailleurs, pour les déformées, pour les pauvres déshéritées de la nature, restent toujours les corsets orthopédiques, redresseurs et correcteurs des vices acquis ou héréditaires.

Dr DEGRAVE.

cathartiques et expectorantes. Les meilleures substances qui remplissent cette indication sont : le kermès et l'oxyde blanc d'antimoine.

Rappelons comme formules-types les deux suivantes :

1° Potion au Kermès :

Kermès minéral............	0,50 centigr.
Sirop de codéine..........	30 grammes.
Hydrolat de tilleul.........	90 —
Eau de laurier-cerise.......	5 —

deux ou trois cuillerées à soupe en 24 heures.

Cette potion convient surtout aux adultes de constitution assez vigoureuse.

2° Potion à l'oxyde blanc d'antimoine:

Oxyde blanc d'antimoine....	2 grammes.
Alcoolature de racine d'aconit.	XXX gouttes.
Sirop de codéine...........	30 gr.
Eau de laurier-cerise.......	10 gr.
Julep gommeux...........	120 gr.

Prendre 3 cuillerées à soupe en 24 heures.

La même potion à dose réduite peut parfaitement convenir aux enfants :

Oxyde blanc d'antimoine...	0,50 centigr.
Alcoolature de racine d'aconit........................	X gouttes.
Sirop de polygala..........	20 gr.
Looch blanc...............	n° 1/2

Six à huit cuillerées à café en 24 heures pour les enfants de 6 à 8 ans ; quatre à cinq cuillerées pour les enfants de 2 à 5 ans.

Ces potions provoquent une expectoration plus ou moins abondante, pouvant aller jusqu'à des nausées et des vomissements.

Les modernes ont essayé, pour obtenir les mêmes résultats, d'administrer l'apomorphine en potions ou en injections hypodermiques.

C'est sous cette dernière forme que nous conseillons le plus de l'employer, à la dose de cinq milligrammes à un centigramme par jour ; mais il vaut mieux ne s'adresser à ce moyen que chez les malades qui sont tout à fait réfractaires aux potions.

Concurremment à cette médication interne, toujours pendant la période catarrhale, on aura recours à l'ipécacuanha chez les enfants, tous les trois ou quatre jours selon l'intensité du catarrhe bronchique, et aux purgatifs salins chez les adultes et les vieillards, environ tous les 4 ou 5 jours.

Le catarrhe bronchique s'accompagne toujours d'un certain degré de congestion pulmonaire périalvéolaire qui se traduit par de l'oppression, de la douleur rétro-sternale ou scapulaire et des quintes de toux. Contre cette manifestation pathologique, on a recours aux divers procédés de révulsion, teinture d'iode en badigeonnages, coton iodé, cataplasmes sinapisés, ventouses sèches ou même ventouses scarifiées.

De tous ces moyens, ce sont les cataplasmes sinapisés et les ventouses qui sont les plus efficaces, mais surtout, à condition d'être renouvelés deux fois par jour pour les cataplasmes, tous les deux jours pour les ventouses.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, les mêmes moyens sont applicables : toutefois, chez l'enfant les cataplasmes sinapisés sont préférables aux ventouses, car ils les effraient moins. Dans les cas où l'enfant est très indocile et très volontaire, il vaut mieux recourir au coton iodé ou même aux badigeonnages peu étendus avec un peu d'huile de croton pure.

Nous proscrivons formellement les vésicatoires cantharidiens, surtout chez les enfants, dans les cas de bronchite simple, peu étendue : tout au plus, sont-ils tolérables pour les malades très robustes qui vous forcent la main par la tenacité de leurs préjugés.

La période catarrhale de la bronchite grippale s'accompagne habituellement de fièvre et d'élévation de température de un ou deux degrés et demi : les sels solubles de quinine, bromhydrate, chlorhydro sulfate de quinine, valérianate sont indiqués à la dose de cinquante centigrammes à un gramme (en fractions de vingt-cinq centigram.) par jour. La cryogénine Lumière nous paraît aussi d'une grande efficacité pour abaisser la température, en remplacement de la quinine : mais en fait, rien ne vaut la quinine contre les affections d'origine grippale.

Dans les cas bénins, la période catarrhale de la bronchite aiguë dure 6 à 8 jours, mais le plus souvent, cette période dure 15 à 20 jours. Pendant toute cette période, il est de toute importance de ne pas abandonner la médication expectorante (antimoine ou kermès) et de ne pas risquer une interruption brusque du catarrhe par l'administration intempestive de la belladone et des balsamiques. C'est un peu comme dans le traitement de la blennorrhagie : les balsamiques trop tôt donnés provoquant une sorte de « frénage » brusque, qui aboutit à un recul de la maladie et à une recrudescence consécutive

Quand les phénomènes aigus et la température ont diminué notablement, on passe à la 2e phase du traitement, la médication anticatarrhale par les balsamiques et les antispasmodiques. C'est alors seulement, que la térébenthine, le bourgeon de sapin, le tolu, le goudron, la créosote, le gaïacol et tous leurs dérivés sont indiqués ; on n'a que l'embarras du choix dans cet énorme chaos de substances astringentes et desséchantes. Le point capital est d'éviter les substances qui peuvent augmenter ou ramener l'embaras gastrique. Le goudron et la créosote sont, à ce point de vue, supérieurs à la térébenthine et à son dérivé la terpine, ainsi qu'au tolu et aux bourgeons de sapins. On les administre en boisson (eau de goudron) et en capsules (capsules de goudron, capsules de créosote, capsules de carbonate de créosote, de gaïacol, de carbonate de gaïacol, de phosphatol, d'eucalyptol, etc.).

On peut d'ailleurs, associer dans des cachets le carbonate de gaïacol et la terpine aux doses de vingt centigrammes chacun ; on peut encore recourir aux émulsions diverses contenant : tolu, créosote et codéine ou terpine ou aux élixirs à la terpine et à l'eucalyptus. Le benzoate de soude est un excellent médicament anticatarrhal et desséchant pour les bronchites à la 2e phase.

A notre avis, le mieux est d'associer dans une potion, ce benzoate de soude au meilleur des antispasmodiques et des desséchants, la belladone, et de prescrire :

1° Matin et soir, une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Teinture de belladone....	XXX gouttes.
Benzoate de soude........	3 grammes.
Sirop de tolu.............	40 —
Eau de fleurs d'oranger...	60 —

2° Aussitôt avant chaque repas principal deux cachets composés :

Terpine..................	0 gram. 20
Carbonate de gaïacol......	0 — 20

Pour un cachet
Faites n° 20 cachets.

A la période terminale de la bronchite aiguë grippale, il faut parfois stimuler la nature en lui donnant comme une sorte de coup de fouet par l'application sous-scapulaire et dorsale d'une centaine de pointes de feu, renouvelables au bout de 8 jours si le résultat est insuffisant.

L'hygiène de la convalescence des bronchites comporte la graduation des sorties au grand air, en commençant, par un temps sec et ensoleillé, si c'est possible, le port de gilets ou de plastrons de flanelle, de vêtements de laine, et les boissons sulfureuses ou tout au moins goudronnées pendant trois ou quatre semaines consécutives.

Quand la situation du malade le permet, on fera bien de lui conseiller une cure d'air et une cure thermale aux stations sulfureuses de l'Auvergne ou des Pyrénées.

Médication hypodermique.

Dans un article de l'an dernier, nous faisions pressentir la possibilité, dans un avenir peu éloigné de traiter les maladies par la méthode hypodermique. Beaucoup de personnes sont encore réfractaires à cette médication ; mais un certain nombre répugnent à boire les potions au kermès ou à l'antimoine, ainsi que la créosote ou l'eucalyptus ; pour cette catégorie, on peut employer, au cours de la première période, les injections hypodermiques de chlorhydrate d'apomorphine à la dose de 0.005 mmg. matin et soir, et les injections d'iodure de codéine ou de *narcyl* à la dose de 0,01 à 0,02 centigr. en 24 heures.

A la période de dessèchement, on aura recours aux injections de gaïacol ou de phosphotal et de benzoate de soude à la dose de 0,20 à 0,25 centigrammes par jour.

Cette médication ne dispense pas de l'emploi des ventouses et des pointes de feu, comme révulsifs.

II

Bronchite capillaire des enfants.

La bronchite capillaire est d'une grande fréquence, particulièrement chez les enfants, et ce qu'il y a de pire dans son évolution, c'est que ses manifestations extérieures n'ont pas toujours la gravité terrible du catarrhe suffocant des auteurs : battement des ailes du nez, cyanose, jetage, asphyxie, refroidissement, collapsus. Mais, cette maladie a beau ne pas faire toujours grand fracas apparent, elle n'en est pas moins toujours le catarrhe suffocant mortel, si on ne vient pas à temps l'enrayer.

De l'oreille donc et de l'attention !

Dès que, chez un enfant, l'exploration par la percussion et par l'auscultation a révélé des signes non douteux de bronchite capillaire, bouffées de petits râles fins aux bases des poumons ou à la partie moyenne, foyer de souffle inspiratoire, dans un lobe, élévation de température (39° ou 40°), il ne faut pas hésiter ; l'application du traitement de la bronchite capillaire et de la broncho-pneumonie s'impose immédiatement. Le voici :

Toutes les heures et demie ou toutes les deux heures, selon la gravité du cas, l'enfant, préalablement dépouillé de sa chemise et couché nu sur une couverture de laine, sera enveloppé sur toute l'étendue de son thorax d'une serviette de toilette épaisse pliée en trois en longueur, ou mieux d'une sorte de cuirasse ou de brassière en tarlatane épaisse de 8 ou 10 couches, trempée dans une cuvette d'eau bien froide à 10 ou 15 degrés environ, additionnée d'alcoolat de lavande ou de romarin dans la proportion d'une cuillerée à soupe pour 1/4 de litre d'eau. Cette serviette ou cette cuirasse est bien essorée de façon à ne pas baver sur le ventre et les reins du malade ; puis on l'applique rapidement autour du thorax (poitrine, côtés et dos), et on recouvre ce matelas froid d'une enveloppe de taffetas gommé ayant aussi la forme d'une cuirasse, avec deux ouvertures pour passer les bras, et débordant légèrement en haut et en bas.

Aussitôt après cette application on fait prendre à l'enfant 1 cuillerée à café de la potion suivante :

Sirop d'éther................ ...	15 gr.
Acétate d'ammoniaque...........	2 gr.
Sirop de punch..............	25 gr.
Eau de tilleul...................	25 gr.

Toutes les heures et demie, ou toutes les deux heures, nuit et jour, la même pratique est répétée et concurremment, on administre un vomitif à l'ipéca si l'expectoration est nécessaire ou une purgation à l'huile de ricin, si l intestin fonctionne mal. Généralement, en trois ou quatre jours, le mal est enrayé et l'on peut espacer les applications froides de 3 heures en 3 heures, pendant 24 heures encore : après quoi, on les cesse brusquement et on les remplace par une feuille d'ouate iodée et une feuille d'ouate blanche.

La convalescence est rapide, mais elle nécessite une surveillance d'auscultation de 3 ou 4 jours encore.

Par cette énergique méthode, point de complications, ni d'accidents pénibles comme avec les vésicatoires et les pointes de feu, ou même avec les bains froids, et surtout, les résurrections sont nombreuses et concluantes. Tous les parents, au début, sont timorés et sceptiques, et généralement ils font, en obéissant au médecin, preuve d'une confiance aveugle dans ses prescriptions, mais les résultats leur laissent une conviction profonde et, dans les circonstances ultérieures, si une récidive survient chez le même enfant ou chez ses frères et sœurs, les parents sont les premiers à demander l'application de cette bienfaisante médication.

Un seul point est important à retenir, c'est la nécessité de surveiller étroitement l'application de la méthode et de revoir l'enfant plusieurs fois en 24 heures, si l'on a le moindre doute sur le soin de la personne qui applique le traitement. Les négligences sont, en effet, d'une gravité exceptionnelle et la vie de l'enfant dépend du soin que l'on apporte à l'application des compresses froides : il est bon de le dire hautement lorsque l'on fait la prescription.

Chez l'adulte, nous sommes absolument d'avis que la même méthode doit être appliquée sans hésitation, mais, bien entendu, avec les mêmes précautions et la même régularité. Au lieu de potion, on peut dans les cas graves et menaçants

recourir aux injections hypodermiques profondes d'éther ou de caféine, en alternant l'une ou l'autre à chaque application froide. Ce traitement est plus énergique et moins déprimant que la balnéation : il a surtout l'avantage de ménager les émonctoires cutanés et rénaux, ainsi que l'estomac du malade.

Dr Paul HUGUENIN.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Quelles sont les indications de l'accouchement provoqué dans l'hydrémie et dans les cardiopathies ?

En présence d'une parturiente hydrémique, il faut tout d'abord déterminer l'étiologie de cette affection. Si elle est de nature hystérique (Hégar) la grossesse ne doit pas être interrompue, puisque l'hystérie est une névrose, et que, par suite, cette variété d'hydrémie est susceptible de guérir par divers procédés (suggestion, etc.).

Au cours de la grossesse, l'hydrémie peut encore être une manifestation secondaire de quelqu'affection accidentelle : méningite, dyspepsie, péritonite, etc., et comme telle, doit disparaître avec la maladie en question.

Mais la grossesse est également susceptible, par ses conditions anatomiques, physiologiques, pathologiques, de causer directement l'hydrémie; en pareil cas elle serait due à une inflammation périmétritique du péritoine. (*Tuszkai. Berl. Klin. Woch*, 1903, n° 35.)

Comment reconnaître cliniquement cette hydrémie gravidique essentielle ?

Tout d'abord, il faut éliminer les autres variétés de l'affection, à l'aide des moyens que nous procurent le diagnostic différentiel et la thérapeutique. Puis il est nécessaire de constater les manifestations locales qui traduisent la périmétrite légère : savoir une augmentation de l'état nauséeux, réveillée par la palpation ; des vomissements produits par l'exploration bimanuelle.

Mais la grossesse ne devra être interrompue que dans les circonstances suivantes : 1° si la situation n'est pas améliorée par des moyens locaux : chaleur ou froid, appliqué sur le ventre ou sur la muqueuse vaginale ;

2° Si l'état général est précaire : diminution rapide du poids du corps, des urines, de leurs chlorures ; abaissement du taux des globules rouges sanguins — augmentation du poids spécifique de l'urine, de l'alcalinité du sang, du nombre des pulsations. — Apparition dans les urines d'albumine et de cylindres épithéliaux ; dans le sang, de mégaloblastes mononucléaires.

Dans ces conditions d'inanition, on emploie de fortes doses d'opium (10 à 15 centigrammes par jour) pour exercer une action calmante sur les émonctoires ; en cas d'insuccès, il faut sur-le-champ provoquer l'accouchement.

Dans les cardiopathies, le rôle du praticien ne laisse pas d'être très délicat. Il est essentiel de savoir reconnaître le moment où le cœur n'est plus compensé : car souvent, pendant la grossesse, pendant ou après l'accouchement, c'est à une maladie de cœur non compensé qu'est due la mort subite.

Or, dit Tuszkai, à l'état normal, le pouls varie en nombre et en rythme suivant la position occupée par le corps ; il est plus fréquent et plus accentué chez l'homme debout que chez l'homme couché. Dans l'hypertrophie cardiaque, cette différence n'existe plus, mais elle reparaît dès les premières menaces d'hyposystolie ; elle deviendrait ainsi un élément de diagnostic très précieux pour le praticien, appelé à soigner une cardiopathe gravide.

Chez une femme enceinte, la maladie de cœur peut être antérieure à la grossesse ; elle peut être survenue pendant son cours, à l'occasion, par exemple, d'une maladie infectieuse latente ; elle peut enfin, c'est là une hypothèse, être le résultat direct de la grossesse.

Dans le premier cas, le diagnostic n'est pas difficile : les anamnestiques et l'examen direct révèlent dès le début de la gestation une cardiopathie très nette. Le pronostic est généralement sombre, car la grossesse exerce une influence défavorable sur le cœur malade. En ce cas, la variabilité du pouls, suivant les positions, avait disparu dans les premières semaines, mais elle ne tarda pas à reparaître, accompagnée cette fois de tous les signes de l'hyposystolie.

Quand la cardiopathie s'installe au cours de la grossesse, la variabilité du pouls, un instant disparue sous l'influence de l'hypertrophie cardiaque gravidique, peut de nouveau être constatée dans les cinq derniers mois, au moment où la lésion du cœur s'accentue sous l'influence fâcheuse de la pléthore gravidique.

La réapparition de cette variabilité du pouls au début de la gestation est toujours de mauvais augure, car elle témoigne d'une dilatation cardiaque, qui ne pourra que s'accentuer progressivement jusqu'à l'accouchement.

Quand la cardiopathie est l'effet direct de la grossesse, la variabilité du pouls ne se manifeste que tardivement, et dans de faibles proportions.

C'est là un phénomène qu'il importe au premier chef d'observer chez toute femme gravide, afin de pouvoir déceler l'hyposystolie dès son apparition, et régler aussitôt la conduite à tenir. En présence de ce signe, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'accouchement chez une cardiopathe ancienne, si une amélioration de son régime circulatoire ne se produit pas rapidement, ou si elle paraît impossible.

L'accouchement provoqué sera rarement indiqué, quand la cardiopathie se développe au cours de la grossesse ; néanmoins si le pouls redevient variable avec les positions occupées par la malade, nous devrons lutter énergiquement contre l'hyposystolie. Il en sera de même si la variabilité du pouls, disparue par suite de l'hypertrophie gravidique du cœur, reparaît dans les dernières semaines.

Ce signe du pouls, indiqué par Tuszkai, paraît des plus précieux ; il permet d'affirmer dès la première heure qu'un cœur n'est plus compensé; il permet d'instituer aussitôt un traitement approprié. Or il est presque inutile d'insister sur les dangers que fait courir la grossesse aux cardiopathes (morts subites pendant la gestation, pendant ou après la parturition), sur les risques qu'entraîne chez elles l'accouchement provoqué (hémorrhagies, etc). C'est une opération qu'on peut éviter parfois si l'on prévient les accidents d'hyposystolie en temps opportun.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les étudiants en médecine et la loi de « deux ans »

Le projet de loi, juste entre toutes, qui unifie le service militaire pour tous les Français, est déjà voté par le Sénat et le sera prochainement par la Chambre. Désormais l'impôt du sang, « puisqu'il faut l'appeler par son nom », ne sera plus allégé pour les uns au préjudice des autres; le fils du bourgeois fera un an de plus, celui du prolétaire un an de moins, et tous deux, enfants du même pays, seront incorporés pour deux ans. Si cela n'est pas juste, absolument juste, je demande qu'on nous donne une autre définition de la justice ou de nos devoirs envers la Patrie.

Ainsi, voilà qui est bien décidé et sera bientôt voté et promulgué : tous seront soldats et le seront pendant deux ans, et tous auront intérêt à ce que l'hygiène de la caserne soit améliorée et que le conseil de révision ne soit plus ce qu'il est encore aujourd'hui : un filtre qui laisse passer les brebis galeuses qui vont contaminer le troupeau.

Or, je l'écrivais ailleurs, naguère la grande objection que l'on fait à un examen sérieux des conscrits tel que je le demande depuis douze ans c'est qu'il faudrait trop de temps et trop de médecins, alors que déjà, tel qu'il est, le conseil de révision désorganise le service médical dans beaucoup de corps d'armée (1). C'est vrai, l'armée n'a pas assez de médecins en temps de paix, et il lui en faudrait dix fois, vingt fois plus en temps de guerre. Ce n'est un secret pour personne que, dès que survient une épidémie dans un régiment, les médecins, surmenés, ne peuvent suffire à leur tâche, et qu'après la bataille les trois quarts des blessés succombent, non du fait de leurs blessures, mais du retard qu'on met forcément à pratiquer les opérations qu'elles réclament. On sait qu'après Gravelotte il y eut des blessés qui ne purent être opérés que le troisième jour ! Dans l'immense majorité des cas, une intervention aussi tardive ne peut que hâter la fin. Voilà le mal, le mal horrible dont il faut, à tout prix, éviter le retour.

Que faire ? Augmenter considérablement le nombre des médecins militaires ? Ce serait une solution, mais bien coûteuse ; l'état de notre budget nous oblige à chercher mieux.

L'article 23, paragraphes 5 et 6, du projet de loi déjà voté par le Sénat, est ainsi conçu : « Les élèves de l'Ecole polytechnique, de l'Ecole normale supérieure, de l'Ecole forestière, de l'Ecole centrale des arts et manufactures, de l'Ecole des ponts et chaussées, de l'Ecole des mines de Paris et l'Ecole des mines de Saint-Etienne reçoivent dans ces Ecoles une instruction militaire les préparant au grade de sous-lieutenant de réserve.

A la sortie de ces Ecoles, ceux d'entre eux qui ont satisfait aux épreuves d'aptitude à ce grade et qui ont fait un an de service avant leur entrée aux Ecoles, servent dans un corps de troupe en qualité de sous-lieutenant de réserve. Ils peuvent être envoyés en congé après quatre mois de service, si leur instruction est jugée suffisante.

. . . .

Voilà une dérogation au principe d'égalité de service qui, j'espère, trouvera peu d'opposants ; car, outre que la haute culture intellectuelle fait la grandeur et la richesse d'un pays, elle peut encore, par des applications scientifiques, concourir à sa défense.

Mais il est une autre dérogation, dont le Sénat aurait bien dû prendre l'initiative, car les raisons que je ferai valoir la justifieront amplement. Je me hâte d'ajouter que, loin de constituer une faveur pour les étudiants en médecine, elle rendrait peut-être leur charge plus lourde.

L'article 24 du projet de loi voté par le Sénat dit : « Les docteurs ou étudiants en médecine munis de douze inscriptions qui ont subi avec succès à la fin de leur première année de service l'examen de médecin auxiliaire sont nommés à ce grade et accomplissent leur deuxième année de service comme médecins auxiliaires. »

Aux lieu et place de cet article, voici celui que je propose aux méditations de MM. les députés :

« Des sursis d'incorporation, renouvelables d'année en année, jusqu'à l'obtention du diplôme et, au plus tard, jusqu'à 27 ans, seront accordés aux étudiants en médecine.

« Tous les jeunes gens reçus docteurs dans l'année seront incorporés comme *soldats-médecins* ; à ce titre, ils seront, pendant deux ans, à la disposition du directeur du service de santé d'un corps d'armée et employés en sous-ordres des médecins militaires. Ils n'auront aucun grade, ne toucheront aucune solde supplémentaire, et ne pourront être nommés aides-majors qu'au moment d'être versés dans la réserve de l'armée active. Tout étudiant dont les notes d'études laisseraient trop à désirer sera aussitôt incorporé pour deux ans, dans un corps de troupe, comme simple soldat. Sera aussi incorporé, au même titre, tout étudiant qui, à 27 ans, ne sera pas reçu docteur en médecine. »

Ce n'est que dans l'année de l'incorporation que l'étudiant en médecine passera devant le conseil de revision, et cet examen sera très large, n'exemptera que pour maladies ou infirmités graves, car, presque toujours, celui qui s'est senti assez fort pour faire de la clientèle civile peut faire deux ans de médecine militaire.

Si cet amendement était adopté, l'armée recevrait tous les ans, 1.200 médecins ; et comme la durée du service est de deux ans, c'est 2.400 docteurs de plus que nous aurions sous les drapeaux. Et comme conséquences immédiates :

1° Un nombre suffisant de médecins pourrait être mis à la disposition des préfets, pour faire de la révision une opération méthodique et sérieuse de 10 à 20 minutes par homme au lieu du simulacre d'examen actuel de 31 secondes (1) ;

2° En temps de paix, les règles de l'hygiène mieux observées, nos soldats mieux soignés ;

3° En temps de guerre, tous les médecins de la réserve rompus, par deux ans de service médical, à toutes les pratiques de la chirurgie mili-

(1) Avec notre personnel réduit, nous ne pouvons donner au préfet trois ou quatre médecins. Actuellement je suis obligé de requérir des médecins civils....... L'insuffisance de notre personnel reste toujours le point noir. (Lettre d'un directeur du service de santé au Dr Lachaud, député de la Corrèze).

(1) C'est le chiffre donné par le docteur Lachaud, député de la Corrèze, dans son beau rapport sur la prophylaxie de la tuberculose dans l'armée.

taire. Médecins de l'armée active et médecins de la réserve auraient les mêmes doctrines, les mêmes méthodes d'opérations et de pansements, pour le plus grand bien de nos blessés.

Qui oserait mettre en doute la supériorité d'un pareil Corps de Santé sur celui que nous donnerait le projet du Sénat ? Ici, ce sont des étudiants dont l'instruction médicale pratique est à peine ébauchée qui font leur seconde année de service militaire comme médecins-auxiliaires; là, ce sont des docteurs qui, pendant deux ans, feront de la médecine militaire.

Mais j'entends l'objection : Vous dispensez ainsi, me dira-t-on, les médecins des exercices militaires. Oui, et sans hésitation : voyons, est il raisonnable d'obliger un homme à apprendre des mouvements, des exercices qu'il ne devra jamais exécuter ? Est-il sage d'enlever un médecin aux malades de l'hôpital pour lui apprendre le maniement d'un fusil dont il n'aura jamais à se servir ? Mais c'est la loi, répondra-t on, tout soldat doit recevoir une instruction militaire suffisante. — Quand la loi veut une chose et la raison une autre, c'est la loi qui a tort. Si c'est bien en vue de la guerre que nous instruisons nos soldats, il serait logique que chacun le fût en vue des services qu'il est appelé à rendre : le soldat à tuer et le médecin à guérir. Pourquoi apprendre à celui-ci à tuer, quand, en cas de guerre, il n'aura jamais qu'à guérir et ne pourra suffire à sa tâche. Laissez-le plutôt travailler, s'instruire dans son art, acquérir de l'expérience, afin que, le moment venu, vous puissiez compter sur lui. pour arracher à la mort tant de blessés qui succombent faute de soins. C'est folie de faire perdre à un homme un temps précieux pour exécuter un travail inutile à lui-même et à l'Armée ! Sainte routine n'a jamais été plus absurde et a rarement fait plus de mal !

Ajouterai-je que de bons esprits voudraient le corps de santé, en quelque sorte, à côté du commandement, afin de lui assurer l'indépendance et l'initiative sans lesquelles il restera toujours au-dessous de sa tâche ?

L'amendement que je propose serait un premier pas vers cette solution.

Enfin, s'il faut une transition, même pour aller à la vérité et à la logique, ne pourrait-on demander aux médecins un peu moins d'instruction dans l'art de tuer, ne les garder qu'un à deux mois dans les rangs (1). Ce ne serait pas moins absurde, mais ce serait moins préjudiciable.

Voilà bien de sérieux avantages, y renoncera-t-on pour ne pas introduire dans la loi, je ne dis pas un privilège — ce n'en est certes pas un — mais une légère dérogation ? L'avenir nous le dira, mais j'ai foi dans l'esprit de réforme dont la Chambre est animée, et j'espère.

Ce service militaire, ainsi reporté à la fin des études, aurait encore un grand avantage, mais celui-ci pour la Société : Tout le monde sait très bien que le jeune docteur, frais émoulu de la Faculté, peut devenir un bon praticien, mais ne l'est pas encore, et aurait tout à gagner à rester quelque temps sous la direction d'un confrère expérimenté. C'est pénétré de cette idée que je m'attachai à démontrer, dans un article qui fit quelque bruit, il y a quatre ans, les avantages d'un stage médical fait, à la fin des études, chez un praticien autorisé. Loué par les uns, attaqué par les autres, mon projet de stage fut bientôt oublié, comme l'est presque toujours, en France, tout ce qui ne porte pas l'estampille presque officielle. Néanmoins, je suis sans crainte, la graine est semée, elle lèvera un jour, et c'est peut-être de l'amendement que je propose aujourd'hui que lui viendra le souffle de vie. Ces deux ans de pratique dans l'armée, sous la direction des médecins-majors, seraient un excellent stage pour nos jeunes médecins, qui n'aborderaient plus ainsi la pratique isolés et sans direction.

Toutefois, je l'ai dit, l'amendement qui ferait tant de bien est loin d'être un privilège pour ceux qui en seraient l'objet, et d'aucuns craindront, peut-être, que l'ennui de ne faire leurs deux ans de service militaire qu'à 24.25, 26,27 ans détourne beaucoup de jeunes gens de la profession médicale. Qu'on se rassure, ceux qu'une vocation a poussés vers la médecine n'y renonceront pas pour cela, et quant à ceux qui vont à la médecine comme ils auraient pu aller au commerce, à l'industrie, de ces médecins-là nous en aurons toujours trop !

(1) Telle est l'opinion de M. le Ministre de la guerre qui s'exprime ainsi dans sa circulaire du 9 novembre 1900 : « Dès que ces jeunes gens auront reçu pendant une durée de six semaines une instruction militaire ils seront mis à la disposition du service de santé.»

CORRESPONDANCE

La Société du Caducée.

Marseille, 8 mars 1904,

124, cours Lieutaud.

Mon cher Jeanne,

Je viens de lire, dans le *Caducée* du 5, votre lettre au camarade Granjux, si pleine de votre vigueur morale coutumière, et d'entrain, et de bonne camaraderie. Votre bigalonnage m'a amusé. Mono, bi, poly, et au delà encore, une fois dans la vie civile, ça ne vaut pas une bonne poignée de main égalitaire. Nous ne nous renions pas, ni les évadés précoces, ni les retirés à mi-route, ni les retraités par abattage d'oreille. Je suis entre les deux, civilisé aussitôt que je l'ai pu, revenu tout naturellement à ma liberté, comme les autres. Aussi me suis-je joint aux camarades terriens, maritimes et coloniaux, dès qu'un point de cristallisation s'est manifesté dans l'espace, autour du camarade Baradat, pour concourir à l'agrégation commune.

Je vois avec joie que vous en faites autant et que vous vous apprêtez à débusquer les castors nichés çà et là, pour les amener à nous. J'y ai contribué et j'y contribue encore, toutes les fois que je découvre un ancien camarade perdu dans la brousse ou noyé dans la multitude urbaine.

Vous, qui êtes un mutualiste acharné, ce dont je vous loue de tout mon cœur, vous savez mieux ce que peut donner de force l'union des activités et la fédération de l'énergie. Il faut que notre jeune association, rassemblant ses galons épars et ses broderies de musée, fasse masse du tout en un trésor commun. Tout ce que peuvent représenter d'influence tant de bonnes volontés conscientes, et aussi tant de positions acquises dans le domaine des idées sociales : parlementaires, professeurs, praticiens, mutualistes et sociétaires de toutes sortes, — tous anciens serviteurs de la Nation, de la Patrie et de l'Etat, il faut que nous nous donnions une main vigoureuse dans l'intérêt humain de nos faibles et de nos déshérités. Il y a ici et là des veuves et des orphelins, des enfants à aider par des directions op-

portunes ou des démarches utiles. Il faut que notre bureau, organe d'une Association recommandable par les titres et les services rendus de ses membres, exerce à leur égard une tutelle officieuse et amicale. Le médecin militaire ou naval a certes le devoir de se fondre dans les organismes civils pour vivre de leur vie et identifier son existence avec la leur. Mais rien n'empêche et tout favorise au contraire la reconstitution qu'il entend faire du faisceau d'anciennes amitiés ou d'estimes réciproques rompu au moment de la sortie des rangs des camarades.

C'est avec ces sentiments, mon cher Jeanne, que je me permets de crier « bravo » à votre lettre à Granjux et que je vous serre la main sur le seuil de la « Fraternelle », en interrompant la prescription du temps à l'égard de nos mutuels souvenirs d'affection et de camaraderie d'antan.

Tout à vous,

TREILLE.

Professeur de clinique exotique à l'Ecole de Médecine de Marseille. L'été à Vichy.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Sou Médical.

RÉUNION TRIMESTRIELLE DU CONSEIL.

Procès-verbal de la séance du 25 *février* 1904.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Présents : MM. les Drs Maurat, président ; Jeanne, vice-président ; Gassot, trésorier ; de Grissac, secrétaire-général ; Bellencontre, syndic ; Des Chesnais, secrétaire des séances ; Me Gatineau, avocat conseil.

Excusés : MM. les Drs H. Cézilly, Butruille, Diverneresse.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans observation, il a du reste été publié

Le Dr Gassot, trésorier, donne lecture de la liste des confrères qui ont envoyé leur adhésion aux statuts de la Société et ont payé leur cotisation.

Le Conseil prononce les admissions suivantes :

Nos MM. les Docteurs :

167 Salmon, à Paris, 2, rue Ordener.
169 Garreau, à Corbeilles-du-Gatinais (Loiret).
170 Chagnoleau, à Vrigne-aux Bois (Ardennes).
175 Gelin, à Romenay (Saône-et-Loire).
176 Lecomme, à Lucenay-l'Evêque (Saône-et-Loire).
177 Sexe, à Bezançon (Doubs).
178 Chartier, à Lizy-sur-Ourcq (Seine et-Marne).
179 Charasse, à Grasse (Alpes-Maritimes).
180 Roger, à Montreuil (Seine).
183 Daverne, à Avernes (Seine-et-Oise).
184 Euvrard, à Vigny (Seine et-Oise).
188 Ott, à Lillebonne (Eure).
191 Lebasteur, à Grasse (Alpes-Maritimes).
198 Figuet, à Vienne (Isère).
199 Guny, à Lassigny (Oise).
200 Janot, à Paris.
201 Poussin, à Le Neubourg (Eure).
204 Dally, à Paris, 346 *bis*, rue des Pyrénées.
211 Dupont, à Mantes (Seine-et-Oise).
215 Trolley, à Condé-sur-Noireau (Calvados).
216 Bouroullec, à Le Faou (Finistère).
757 Lépinay, à Colombes (Seine).
763 Bard, Paul, à La Motte-d'Aveillans (Isère).
220 Biencourt, à Nœux-les-Mines (Pas-de-Calais).
221 De Fontaubert, à Paris, 10, rue des Acacias.
223 Sanquirico, à Annot (Basses-Alpes).
229 Pourrière, à Marseille-Saint-Louis, 180, route Nationale.
230 Mariani, à Toury (Eure-et-Loir).
235 Laurens, à Graulhet (Tarn).
242 Gassot, Louis, à Menton-Gorbio (Alpes-Maritimes).
248 Reboul, à Saint-Jean-Pied de-Port (Basses-Pyrénées.
770 Bruneau, à Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle).
249 Witkowski, 16, avenue Trudaine, Paris.
251 Andrieu, à Neuilly-en-Thelle (Oise).
252 Mignon, Marcel, à Melun (Seine-et-Marne).
253 Gourmand, à Montmorency (Seine-et Oise).
254 Marignan, à Marsillargues (Hérault).
259 Vadon, à Saint-Raphaël (Var).
262 Coquand, à La Mothe-Achard (Vendée).
264 Joseph, Jean, à Muy (Var).
275 Leroy, à Beuzeville (Eure).
279 Casedevent, à Saint-Jean-Pied-de-Port (Basses-Pyrénées).
280 Siguan, à Port-Louis-du-Rhône (Bouches-du-Rhône).
282 Crouzet, à Ivry la Bataille (Eure).
283 Amieux, à Noisy-le-Grand (S.-et-O.).
287 Vigne, à Tourny (Eure).
291 Brottet, à Nice (Alpes-Maritimes).
293 Boivin, à Bruz (Ille-et Vilaine).
295 Chopy, à Nemours (Seine-et Marne).
296 Porte, à Condé-sur-Noireau (Calvados).
297 Mousset, à Saint-Angeau (Charente).
299 Dezon, à Périgueux (Dordogne).
302 Faguet, à Périgueux (Dordogne).
306 Tiphine, à Cœuvres-Valsery (Aisne).
308 Fargeas-de-Lamottie, à Connerré (Sarthe).
309 Daclin, à Vinay (Isère).
311 Damas, à Digne (Basses-Alpes).
316 Goisque, à Versailles.
318 Abrial, à Le Puy (Haute Loire).
320 Dubois, à Paris, 114, boulevard Saint-Germain.
324 Guttierez, à Biarritz (Basses-Pyrénées).
325 Marthe, à Belcaire (Aude).
328 Casati, à Orgères (Eure-et-Loir).
330 Aupinel, à Rouen (Seine-Inférieure).

Le trésorier donne communication de la situation financière du « Sou médical » au 31 décembre 1903.

Défalcation faite des décès, démissions et radiations, le « Sou médical » comptait 857 membres au 31 décembre 1903.

Les *recettes* de l'année se sont élevées à 15.150 fr. 50 savoir :

	fr.
Cotisations	14.839 20
Intérêts	124 40
Recouvrements	5 35
Dons	109 05
Divers	16 50
Remboursements d'avances	56 »»
	15.150 50

Les *dépenses* pendant la même année 1903 se sont élevées à 14.200 fr. 45 savoir :

	fr.
Frais d'administration	1.461 30

Indemnités au Président, au Secrétaire général et au Conseil judiciaire........	5.250 »»
Indemnités aux associés...	7.489 15
	14.200 45

Il convient de faire observer que les indemnités versées au Conseil judiciaire, au Secrétaire général et au Président qui constituent la commission permanente, représentent des services rendus aux Associés sous forme d'arbitrage, d'avis, de consultations, de mémoires, etc...

L'*Avoir du* « Sou médical » au 31 décembre 1903 était de 9.710 fr. 77 savoir :

Valeurs en portefeuille au cours....................	6.120 »»
Espèces à la Société générale........................	3.214 80
Espèces en caisse....	376 17
	9.710 97

Il faut remarquer que cette somme n'était pas disponible, un certain nombre d'affaires restant en suspens. C'est ainsi que depuis le commencement de l'année le Trésorier a dû verser la somme de 2.384 fr. 60 pour indemnités à des sociétaires.

Le trésorier,
A. Gassot.

Le Dr de Grissac, secrétaire général, fait adopter le procès-verbal de la réunion de la Commission permanente du 18 février.

Il donne lecture de son rapport hebdomadaire sur les affaires en cours et la correspondance du « Sou médical » du 18 au 25 février.

Il a dû correspondre avec 43 confrères qui demandaient avis, conseils et secours du « Sou médical » ; il soumet à l'examen du Conseil celles de ces affaires nouvellement parvenues.

Il aborde l'exposé de celles qui doivent entraîner l'intervention de la Caisse.

Deux confrères sollicitent des secours d'argent sous forme d'emprunts à la caisse du « Sou médical ».

Le Conseil, malgré tout l'intérêt que présentent ces requêtes se voit, avec regret, dans la nécessité de ne pas les accueillir favorablement.

Après discussion, et Me Gatineau entendu, le Conseil décide d'accorder l'appui de la caisse, dans les instances de nos confrères les Drs J. de R. ; B., de D. ; et R., de V.-la-G., contre des Cies d'Assurances : Soins à l'hôpital à des blessés du travail, l'hôpital ayant inscrit dans son règlement le droit pour le médecin de percevoir des honoraires dans ces cas spéciaux.

Pour le dernier de ces confrères, il s'agit de démontrer aux Cies d'assurances que, pour se libérer d'une note de médecine, il n'est pas de règle d'envoyer un mandat sur la poste d'un montant inférieur à cette note et de se dire quitte, quel que soit le peu d'importance de la différence.

Le Dr B., de St-A., demande l'appui du « Sou Médical », pour poursuivre un maire qui détourne les clients de l'assistance médicale gratuite de son cabinet. — Le Dr de Grissac est chargé d'intervenir auprès de l'administration supérieure, la responsabilité du Maire étant, de par un récent arrêt de la Cour de Cassation, plus virtuelle que réelle.

Pour la deuxième affaire du Dr B., de S. A., il est décidé que la Société paiera la moitié des frais de l'appel à intervenir.

Dans l'affaire du Dr V., de N , malgré l'échec en Cassation, le conseil décide d'aller jusqu'au bout dans la défense des droits du médecin — et soutiendra l'action du confrère devant le Conseil d'Etat.

L'affaire des Drs R. et B., présente une question de principe, la responsabilité du tiers qui fait appeler le médecin ; le conseil décide de soutenir pécuniairement ces confrères.

Il décide également de soutenir le Dr H., de P., dans un recouvrement d'honoraires pour soins à un blessé ; la faillite du patron étant survenue, la Cie d'assurance refuse de payer, tout en reconnaissant la dette. Il est important de faire trancher cette question par la justice.

Le secrétaire général expose alors la série nombreuse des affaires en cours, et celle des résultats obtenus, à la grande majorité favorables. — L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 6 h. 1/2.

Le secrétaire des séances,
Dr des Chesnais.

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

et la réclame charlatanesque.

Les Médicaments-Réclame et la Tuberculose.

Voici la lettre adressée à toutes les Sociétés savantes et aux Syndicats médicaux par l'Œuvre de la Tuberculose Humaine :

Monsieur le Président,

Après trois années de fonctionnement, les médecins des différentes filiales de l'Œuvre de la Tuberculose Humaine, qui a donné depuis sa fondation plus de 70.000 consultations à des tuberculeux indigents, ont constaté que la plupart des malades s'adressent à nos Etablissements philanthropiques quand ils se trouvent à une période trop avancée pour profiter du traitement afférent à leur cas. Après renseignements pris près des Œuvres similaires, nos confrères nous ont affirmé avoir fait la même constatation. Près des malades interrogés, nous avons acquis la certitude que la plupart d'entre eux, influencés par la réclame, qui les circonvient dans les journaux et ailleurs, soignent leur affection pendant de longs mois sans direction, ni méthode, et principalement avec le produit du jour le plus tapageur !... Malgré les efforts quotidiens du corps médical tout entier, on n'arrive pas à dépister de bonne heure le tuberculeux qui guérirait si facilement à cette période précoce. Il nous a donc paru intéressant d'examiner scrupuleusement s'il n'est pas possible d'enrayer ce courant et de faire comprendre au public intéressé la gravité de cette situation, dont il est le premier à souffrir. N'y a-t-il pas abus et exercice illégal de la médecine ? Les annonces et certains marchands de produits pharmaceutiques ne craignent pas d'affirmer qu'ils préviennent et guérissent avec certitude la tuberculose par leurs drogues ; ils induisent ainsi en erreur le malheureux touché par le bacille, et rendent vains les sacrifices énormes consentis par les particuliers et les pouvoirs publics ; et ce qui est encore plus regrettable, c'est qu'ils compromettent définitivement le sort de nombreux individus, qui, mieux dirigés, auraient pu guérir. Il y a donc à la fois exercice illégal de la médecine, tromperie sur la marchandise et attentat public à la vie humaine ; et, comme conséquences, surprise et mécomptes pour

le malade, perte de ressources considérables pour la collectivité, et danger pour la Nation.

L'Œuvre de la Tuberculose Humaine a donc pensé faire acte utile en remettant la cause de tant d'individus dignes d'intérêt entre vos mains. Elle pense qu'avec l'autorité dont jouit votre Société et son caractère hautement scientifique, vous pourrez exercer une influence heureuse et décisive auprès des pouvoirs publics pour empêcher pareils abus.

Nous soumettons à votre bienveillant jugement, espérant que vous vous y rallierez sous une forme quelconque, les conclusions du rapport présenté à notre Œuvre à la date du 9 décembre 1903, par la Commission et composée des docteurs G. Rosenthald, Bourdin et Dausset, chargée d'étudier la question.

La Commission, considérant :

Que la guérison de la tuberculose nécessite un diagnostic médical précoce ;

Que la prophylaxie, la désinfection, le traitement préventif, ne peuvent être faits si le malade ne consulte pas un médecin ;

Que la vente au public, sans ordonnance, de produits soi-disant « curatifs ou préventifs de la Tuberculose » éloigne le public des soins médicaux, seuls compétents pour la direction du traitement, et lui fait courir les plus grands dangers ;

Que le choix judicieux des médicaments peut être aussi utile au malade qu'est dangereux leur emploi sans discernement ;

Que c'est commettre le délit d'exercice illégal de la médecine que de donner d'une façon globale sur étiquettes, prospectus et réclames une consultation ;

1° Met le public en garde contre les médicaments et manœuvres thérapeutiques qui se renouvellent périodiquement et incessamment sans avis médical ;

2° Forme le vœu que le public soit averti par voie d'affiches, par des conférences, etc., du danger dès la première heure de se passer d'une direction médicale ;

3° Demande qu'un accord survienne entre Médecins et Pharmaciens pour étudier les moyens de restreindre l'emploi, en dehors de toute direction médicale, de certains médicaments donnés comme héroïques chez les tousseurs ;

4° Emet le vœu qu'une réglementation restrictive de la vente directe des produits antituberculeux mette un terme aux abus commis ;

5° Propose à tous les groupements médicaux de s'unir à l'Œuvre de la Tuberculose Humaine pour défendre sur ce point la santé publique...

Ces vœux, soumis à la discussion du Comité médical de l'Œuvre dans sa séance du 21 janvier 1904, ont été sanctionnés à l'unanimité des membres présents pour être proposés à l'assentiment des divers groupements professionnels et scientifiques de Paris et des Départements, en vue d'une action préventive précoce contre la Tuberculose.

Confiants dans votre sympathique accueil, nous vous prions, Monsieur le Président, de vouloir bien agréer l'expression de notre considération la plus distinguée.

Le Président du Comité Médical,
Docteur L. Garnier.

Le Rapporteur,
Docteur Bourdin.

REPORTAGE MÉDICAL

Comité des Congrès coloniaux français, 18, rue Le Pêletier, Paris (IX°). — Congrès de 1904 (29 mai, 5 juin), XV° section. Hygiène générale et prophylaxie internationale. Président : M. A. Charrin, professeur au collège de France. Vice-président : M. A. Desgrez, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, et M. Brault, professeur à l'école de plein exercice d'Alger. Secrétaire : M. Aly Zaky, secrétaire général du comité de l'Islam. — Mon cher confrère, j'ai l'honneur de solliciter votre précieux concours à la XV° section : Hygiène générale et prophylaxie internationale, des Congrès coloniaux français. Pour cette année et à ces jours, nous avons reçu communication des questions suivantes :

La prophylaxie internationale et ses rapports avec les maladies microbiennes. — Pèlerinage de la Mecque. Etude hygiénique, religieuse et économique. — L'hôpital est l'adjuvant le plus important pour la colonisation. — Les quarantaines et la police sanitaire. — Les campements en cas d'épidémie, — Défense sanitaire de la Métropole dans ses rapports avec les colonies. — L'alimentation des indigènes et son influence sur leur état hygiénique. — Le rôle du climat dans l'hygiène générale. — De l'influence des phénomènes d'électricité atmosphérique en hygiène et en pathologie exotiques. — L'hygiène de l'Européen dans les pays chauds. — Prophylaxie générale de la syphilis et des maladies vénériennes Hygiène à suivre pour combattre le paludisme. — Prophylaxie de la fièvre jaune. — Prophylaxie de la lèpre. — Prophylaxie du choléra. — Prophylaxie de la peste. — Prophylaxie de la tuberculose. — Prophylaxie de la dysenterie. — Hygiène et pathologie des indigènes algériens. — L'assistance médicale en Algérie. — La protection de la natalité chez les indigènes en Algérie. — Hygiène à suivre pour combattre les maladies des yeux, surtout en Afrique — L'assistance médicale en Indo-Chine. — L'état hygiénique de la Cochinchine. — La protection de la natalité chez les indigènes en Indo-Chine. — L'assistance médicale en Afrique Occidentale. — L'assistance médicale à Madagascar. — L'hygiène des Malgaches. — L'hygiène des Chinois. — Hygiène et pathologie en Mélanésie et Polynésie, particulièrement aux Nouvelles Hébrides.

Néanmoins nous laissons toute liberté aux congressistes de traiter un des sujets déjà mentionnés : les différentes opinions sur un même sujet devant mieux servir à préciser le problème ; comme il peut parfaitement faire choix lui-même de la question qu'il désire développer, laquelle bien entendu devra se rattacher au but de la section.

Pour rendre plus facile la présence des congressistes à Paris, le Congrès a obtenu des Compagnies de chemins de fer et navigation un avantage de tarif. En outre, pendant la durée du Congrès, des fêtes seront organisées en l'honneur des Congressiste.

Ceux des membres qui ne peuvent s'absenter aisément loin de leurs occupations auront la faculté d'adresser leur étude, qui sera communiquée en leur nom au Congrès par le Secrétaire de la section.

Dans l'intérêt même des collaborateurs, il est à souhaiter que ceux-ci veuillent bien envoyer au plus tôt leur adhésion au secrétariat de la section, en manifestant leur intention de traiter tel ou tel sujet. Le Congrès Colonial de 1904 siégera du 29 mai au 6 juin ; mais les rapports présentés devant être tous imprimés, il est nécessaire qu'ils aient été tous déposés quatre semaines au moins avant cette date.

Par différentes lettres et circulaires, les ministres de l'Intérieur, des Affaires Etrangères, de la Guerre, de la Marine, des Colonies, du Commerce, etc., ont autorisé les fonctionnaires appartenant à ces divers ministères à adhérer au Congrès Colonial français et à y prendre part.

Veuillez agréer, mon cher confrère, avec nos remerciements anticipés, l'expression de notre considération distinguée.

Le Secrétaire, Aly Zaky. *Le Président,* Charrin.

Conseil sanitaire et quarantenaire d'Egypte. — L'Administration quarantenaire fait savoir qu'elle dispose de cinq places de médecins aux appointements mensuels de 21 à 28 livres.

Les médecins qui veulent concourir à ces postes doivent être régulièrement diplômés soit par une Faculté de médecine européenne, soit par l'Etat.

Les demandes doivent être adressées à la Présidence du Conseil quarantenaire à Alexandrie et contenir ;

1° Copie du diplome ;

2° Copie des certificats des services rendus ;
3° Certificat de bonne constitution ;
4° Engagement formel de prendre possession de son poste dans le courant du mois qui suivra la nomination.

L'Administration se réserve le droit d'envoyer, à tour de rôle, les dits médecins à n'importe quel office quarantenaire, aussi bien aux ports de la Méditerranée que de la mer Rouge.

Les candidats doivent indiquer dans leur demande les langues qu'ils connaissent.

Ils sont prévenus que toute démission ne pourra être acceptée que si elle est présentée à l'Administration trois mois à l'avance.

Le concours sera clos le 2 avril 1904.

Pour tous renseignements autres que ceux contenus dans cet avis, les candidats pourront s'adresser directement au consul de France à Alexandrie.

Faculté et Hôpitaux.

Cours pratiques de vacances, série de Pâques 1903, du 28 mars au 9 avril.

1° A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente : Bactériologie, Dr Macaigne ; thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, Dr Leredde ; massage, Dr Marchais ; maladies des voies urinaires, Dr Noguès ; électrothérapie, De Zimmern ; accouchements, Dr Dubrisay ; thérapeutique appliquée, Dr Landowski ; maladies nerveuses, Dr Sollier.

2° Dans différents services : Gynécologie. Dr Arnou, Saint-Antoine ; chirurgie pratique, Dr Souligoux, Lariboisière ; auscultation, Dr Caussade, Tenon ; oto-rhino-larygologie, Dr Georges Laurens, Bichat ; ophtalmologie, Dr Morax, Lariboisière.

Les cours commenceront le lundi 28 mars, aux lieu et heure indiqués pour chacun d'eux. Repos le dimanche et le lundi de Pâques.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours.

Le droit d'inscription de chaque cours (comprenant en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance.

Le lundi 28 mars à midi, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, réunion générale des Professeurs et des élèves ; dernières inscriptions.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Marchais, 3, rue Cambacérès.

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. — M. le professeur Joffroy a commencé ce cours le mercredi 2 mars 1904, à 10 heures, à l'amphithéâtre de l'Asile Sainte-Anne, et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

1° Les médecins et les étudiants en médecine pourront assister aux exercices pratiques des élèves de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie qui se feront sous la direction de MM. Roy et Parant, chefs de clinique, les mardis et les jeudis, à 9 h. 1/4, à l'amphithéâtre de la clinique de l'Asile Sainte-Anne ;

2° M. le docteur G. Dumas, chef du laboratoire de physiologie, chargé de cours à la Faculté des lettres dirigera les exercices de psychologie, les dimanches matin à 9 h. 1/2 (salle des cours et laboratoire de psychologie).

— Les épreuves d'un concours pour une place de clinique médicale auront lieu à la Faculté de médecine à 9 h. du matin, le lundi 21 mars 1904.

Sont admis les candidats français pourvus du diplôme de docteur en médecine et n'ayant pas plus de 35 ans.

— Les cours libres suivants pour le 2e semestre de l'année scolaire 1903-04 ont été approuvés par le Conseil de l'Université :

Un cours de psychologie normale et pathologique, d'hypnotisme et de psychothérapie, fait par M. Bérillon, commencera à l'amphithéâtre Cruveilhier, le 18 avril 1904, à 5 h., et se continuera les lundis et jeudis suivants.

M. Darier commencera un cours sur les applications médicales du radium le 26 avril 1904, à 6 h., et le continuera les mardis suivants.

M. Foveau de Courmelles commencera un cours d'électrothérapie, de radiographie et de photothérapie à l'amphithéâtre Cruveilhier, le lundi 18 avril à 4 h., et le continuera les lundis suivants.

M. Frumusson commencera un cours de physiothérapie le mardi 19 avril 1904, à l'amphithéâtre Cruveilhier à 5 heures, et le continuera les mardis suivants à la même heure.

BIBLIOGRAPHIE

Les prosecteurs de la Faculté de Paris viennent de faire paraître chez Masson un *Précis de technique opératoire* divisé en 7 volumes ; dès maintenant 5 volumes sont parus. Ce précis n'est en somme que la publication des cours de médecine opératoire, que par une heureuse innovation la Faculté confie aux prosecteurs pendant le semestre d'été. On sait le succès croissant et justifié de ces cours auprès des docteurs français et étrangers.

Certes, ce précis s'adresse aux étudiants, qui y trouveront l'enseignement de la chirurgie opératoire dont ils ont besoin pour leurs études et qui, aujourd'hui fait véritablement partie de l'éducation médicale.

Mais il s'adresse aussi aux docteurs, qui doivent tous connaître la technique opératoire, car la pratique chirurgicale n'est plus, comme autrefois, réservée à une élite peu nombreuse.

Les auteurs, MM. Ch. Lenormant (tête et cou), A. Schwartz (thorax, membre supérieur), Guibé (abdomen), Pierre Duval (appareil urinaire et appareil génital de l'homme), Victor Veau (pratique courante et chirurgie d'urgence), ne donnent qu'un procédé choisi pour chaque intervention ; ainsi ils ôtent au lecteur toute incertitude et lui évitent d'avoir à se prononcer entre des procédés qu'il ne serait pas toujours à même de juger. Ils ont pris soin de faire des descriptions très complètes, ne négligeant aucun détail sur les positions de l'opéré, du chirurgien, de son aide, sur le maniement des différents instruments.

A cette description, ils ont adjoint un nombre considérable de figures : chaque position, chaque temps opératoire, sont représentés : les détails anatomiques essentiels sont à tout moment figurés.

Comme bien l'on pense, un tel ouvrage se refuse à l'analyse ; nous ne pouvons qu'en conseiller la lecture à nos confrères ; cependant nous voudrions attirer plus spécialement leur attention sur le volume qui traite « de la *pratique courante et de la chirurgie d'urgence* », dû à la plume autorisée de notre collègue et ami le docteur Victor Veau.

C'est là un livre essentiellement pratique qui diffère de ceux de ses collègues en ce qu'il ne s'adresse qu'aux praticiens. Il renferme ce que tout médecin de campagne *peut* faire sans être coupable de témérité et *doit* faire sous peine de manquer à ses devoirs professionnels.

Hors le cas d'urgence, le médecin qui prend le bistouri doit savoir choisir ses cas. Aussi l'auteur donne en petit texte quelques indications opératoiree. De même pour aider au médecin inexpérimenté, il indique en peu de lignes les soins consécutifs si importants souvent pour le résultat final.

Avec beaucoup de propreté, dit l'auteur, et un peu de sang-froid, le médecin qui aura étudié ce livre peut s'enhardir à la chirurgie ; c'est aussi notre conviction.

Dr Georges Gellé.

Le Directeur-Gérant : D H JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année | N° 13 | 26 MARS 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

LA RÉFORME DES ETUDES MÉDICALES

L'enseignement de la Pharmacologie.

Interview du professeur G. POUCHET.

Ceux de nos confrères, qui suivirent les leçons de Pharmacologie à la Faculté de Paris, il y a une quinzaine d'années, seraient fort étonnés s'ils venaient aujourd'hui assister au même cours, dans le même amphithéâtre : ils se demanderaient certainement quelle baguette magique est passée par là. L'étude routinière d'un droguier suranné et démodé a fait place à un enseignement jeune, scientifique et vivant. Cette refonte totale, cette heureuse transformation est l'œuvre du professeur Pouchet : nous allons la faire connaître telle que le savant maître a bien voulu nous l'exposer, l'autre semaine, dans une intéressante interview. Nous apprécierons ainsi ce que peut et doit être l'enseignement de la Pharmacologie.

La Pharmacologie moderne et celle de jadis.

— La Pharmacologie enseignée autrefois, à la Faculté de médecine, nous dit M. Pouchet, était demeurée dans son ensemble d'une fidélité rare aux traditions antiques. Le droguier offrait encore, au premier plan, l'éponge à la ficelle, les yeux d'écrevisse et le blanc de baleine ; il formait un musée de souvenirs, quelque peu anté-diluviens. Le cours magistral le reflétait, traitant avec ampleur la morphologie des agents médicamenteux, détaillant l'aspect des fleurs ou des feuilles utilisées dans la matière médicale et énumérant leurs propriétés en termes généralement vagues : lénitif, anti-scorbutique ou autre qualificatif du même genre.

Appelé, en 1893, à la chaire de Pharmacologie, mon premier soin fut de réformer le droguier et de moderniser l'enseignement. A la Pharmacologie de nos aînés, qui avait fait son temps, je substituai la Pharmacodynamie, c'est-à-dire l'étude précise, scientifiquement contrôlée, des propriétés des drogues et des poisons chez les êtres vivants. Sans m'attarder à décrire longuement les plantes, les agents chimiques et physiques, je résolus d'accorder quelques mots seulement à leur reconnaissance et d'exposer surtout leur action dynamique envisagée en vue des applications à la thérapeutique, à l'hygiène et à la médecine légale.

Depuis cette époque et pendant 12 ans, j'ai consacré la totalité de mon temps à la réorganisation en question. Je ne pouvais pas compter sur le cours de l'agrégé, M. André, pas plus que je ne compte actuellement sur celui de son successeur, M. Richaud. L'un et l'autre, certes, sont des chimistes très distingués ; mais, pharmaciens avant tout, ils ne sont nullement préparés à l'enseignement de la Pharmacologie telle que je l'entends : trop souvent, en France, dit l'adage, où il faut un chanteur, on nomme un dentiste ! Force me fut, dans ces conditions, d'agir seul. Je m'aperçus, chemin faisant, que mon enseignement, pour être complet, demanderait 7 semestres, 7 années de cours... Pour parer à cet inconvénient et donner aux élèves, dans le temps voulu, une instruction aussi complète que possible, j'ai adopté la façon de faire suivante : sur mes trois leçons de la semaine, deux sont réservées à l'enseignement général et la troisième, entièrement

différente, consiste en une démonstration pratique avec interrogation des élèves. Dans le cours général, j'envisage successivement les grandes questions de Pharmacodynamie et de Toxicologie. Je n'hésite pas à leur accorder tout le développement qu'elles comportent : où cet enseignement supérieur complet, nécessaire au renom de la médecine française, pourrait-il être exposé, sinon à la Faculté de Paris ? Tout compte fait, 7 semestres sont indispensables pour épuiser le sujet : j'ai publié mon cours des cinq dernières années dans un ouvrage dont 3 tomes sont déjà parus ; je corrige les épreuves du quatrième ; le cinquième et dernier réunira mes leçons des deux prochaines années scolaires.

Je consacre, vous disais-je, la troisième leçon de chaque semaine à une causerie pratique. Je prie, ce jour-là, 6 ou 8 élèves de descendre dans l'hémicycle et je les interroge publiquement sur des produits apportés spécialement du laboratoire. Je leur fais comprendre que, n'étant pas à l'examen, ils ne doivent pas hésiter à donner des réponses inexactes, qu'il vaut mieux dire tout haut une erreur que de la conserver dans l'esprit : redresser l'erreur est un procédé didactique de premier ordre. J'encourage les étudiants à venir, à descendre (c'est leur expression) « dans l'arène aux lions » et j'ai la satisfaction de voir que ce mode d'enseignement a obtenu auprès d'eux un plein succès. J'y ai ajouté ce que nous appelons le « service de la poste », invitant les auditeurs qu'un sujet embarrasse à l'écrire sur une feuille de papier et à déposer celle-ci dans une urne ad hoc, avant la conférence. Chaque fois, un flot de bulletins s'échappe de l'urne et me permet de prendre contact avec les difficultés qui arrêtent les élèves : en deux mots, je leur donne la solution et il m'arrive parfois, si je ne puis résoudre le problème, de l'avouer franchement. Je passe ainsi en revue, à chaque séance, une grande quantité d'aperçus très intéressants : pour citer un exemple, les divers procédés de désinfection ont fait, dans les dernières conférences, l'objet de multiples questions, l'auditoire sachant que je m'occupais des demandes d'autorisation soumises au laboratoire du Comité consultatif d'Hygiène de France, dont je suis directeur.

La Pharmacologie, telle que je la conçois, est donc une étude scientifique et pratique de l'action dynamique des drogues et des poisons. Je m'appesantis volontiers sur les incompatibilités chimiques ou physiologiques des médicaments, sur la façon de formuler, sur le pourquoi de l'addition de certains produits dans les formules, mais je passe toujours rapidement sur le côté botanique ou chimique des agents thérapeutiques. Je ne fais pas, à la Faculté de médecine, de pharmacie ; les élèves qui désirent savoir comment se confectionne une pilule ou un cachet n'ont qu'à venir à mon laboratoire, où un pharmacien, M. Brissemoret, se met avec empressement à leur disposition.

Les travaux pratiques de Pharmacologie.

— Les exercices pratiques sont également, ajoute M. Pouchet, une de mes créations. Ils n'existaient pas auparavant et j'eus à les édifier complètement. Pour permettre aux étudiants de manier et de manipuler eux-mêmes les médicaments qu'ils auront à prescrire dans leur clientèle, j'installai un laboratoire dans un long couloir que M. Brouardel voulut bien m'accorder.

Les élèves, auxquels nous demandions une ré-

FEUILLETON

Lettre à un jeune homme qui songe à se faire médecin.

Mon jeune ami,

Le témoignage de confiance que vous me donnez par votre lettre de ce jour me touche plus que je ne saurais le dire, et m'embarrasse plus que je n'ose l'avouer. C'est qu'à votre question : « Me conseillez-vous l'étude de la médecine pour être, un jour, médecin de campagne ? » ma réponse pourrait différer du tout au tout suivant « l'état d'âme » où je me trouverais. Cela n'est pas très fort comme caractère, je le reconnais, mais cela est très vrai, et j'estime que c'est la vérité que je vous dois ; la voici tout entière.

Mais, sachez, tout d'abord, que ce n'est pas ici un morceau de rhétorique, mais une tranche de vie ; rien n'a été lu, tout a été vécu ou observé chez des confrères.

Il y a eu peu de semaines, si ce n'est de jours, dans ma longue carrière, où je n'aie regretté, une fois au moins, d'être médecin, et pourtant, si je recommençais ma vie, c'est médecin que je voudrais être. C'est qu'il n'y a pas de vie parfois plus cruelle et par fois plus heureuse que celle du praticien ; j'ai eu des instants où j'ai souhaité d'être frappé de mort subite tant une grave responsabilité m'écrasait ; j'en ai eu d'autres où je sentais, où j'étais sûr qu'il n'y a pas de plus belle carrière que celle de la médecine. Et ces deux états d'âme se succédaient parfois brusquement dans la même journée, et m'ébranlaient au point de me laisser brisé, presque sans forces.

J'aurais peut-être moins souffert, mais aussi moins joui, si je n'avais été seul médecin dans un grand rayon : un confrère rend la responsabilité moins lourde en en prenant sa part — oh ! le moins qu'il peut — mais il diminue aussi notre joie en la partageant, et souvent en deux parts inégales ; tout cela est humain ; inutile d'insister. Du reste, je ne veux pas examiner ici ce qui aurait pu être, mais seulement ce qui a été ; vous pourrez ainsi vous prononcer en toute connaissance de cause.

Quelle vie dévorante est la vie du praticien ! Que d'événements connus de lui seul ont souvent éloigné le sommeil de ses nuits ou lui ont donné d'affreux cauchemars quand ses yeux se fermaient enfin. Remords ? certes non, mais crainte d'avoir erré, méconnu la cause, mal combattu les effets. Que de fois aussi, l'ordonnance écrite et le commissionnaire parti, il a cru avoir mal formulé, prescrit des doses trop fortes, toxiques. Que faire alors ? Inutile de chercher à se tranquilliser, on n'y parviendrait pas le plus simple c'est de faire un détour, fût-il de plusieurs kilomètres, de prétexter un malade à voir dans le voisinage du pharmacien et d'entrer chez lui, pour lui serrer la main ; rien de plus simple alors que de parler de l'ordonnance préoccupante et d'arriver à la lire.

Après la perte des siens, il n'y a peut-être rien de plus douloureux pour le médecin que de voir s'aggraver, en quelques heures, un état qu'il croyait léger, et ne lui inspirait aucune crainte ; à sa dernière visite, aucun point noir n'apparaissait, le facies était bon, et le pouls et la température, sentinelle rarement en défaut, étaient tout à fait rassurants, et voilà qu'en entrant, le facies vous a déplu, et le pouls et la température, vite interrogés, ont répondu, l'un et l'autre, que grave était le danger ! Ah ! si dans ces moments-là, si on pouvait quitter ce triste ce décevant métier, comme ce serait vite fait, quitte à reprendre, dès le lendemain, cette belle

tribution minime, 5 francs je crois, vinrent très nombreux et, pour suffire alors aux besoins nouveaux, nous dûmes augmenter légèrement cette somme. Puis, un jour vint où des esprits chagrins jaloux peut-être d'un aussi brillant succès, soulevèrent des objections. Ce sont là, insinuèrent-ils, des travaux facultatifs et non obligatoires, par conséquent il faut en fixer le taux de consignation à 50 francs. Ils crurent sans doute, et je le crus moi-même, que c'était un coup fatal porté aux exercices pratiques de Pharmacologie. Apprenant cette nouvelle, j'en fis part à mon auditoire en ces termes : « Messieurs, la somme de 15 francs, a demandée jusqu'à ce jour, pour les manipulations de la Pharmacologie, était, vous le savez, insuffisante, puisqu'elle ne me permettait pas de rétribuer le concours de mes préparateurs ; j'avais pensé, pour couvrir la totalité de nos frais, l'élever à 25 francs. Or, elle vient, contre mon désir, d'être fixée à 50 francs, chiffre manifestement exagéré. Dans ces conditions, je ne saurais me faire d'illusion sur l'avenir de ces travaux et, vu la mesure administrative adoptée, je ne puis que m'apprêter à fermer le laboratoire ». Eh bien ! quelques jours après, je devais avoir une agréable surprise. On m'annonce, un matin, qu'une délégation d'étudiants désire me voir. Je reçois aussitôt ces jeunes gens qui me disent : « Nous sommes ici une quinzaine d'élèves désireux de suivre les exercices de Pharmacologie ; voudriez-vous bien former pour nous une série ? » Ce fut la première, beaucoup d'autres suivirent et le règlement, qui devait être fatal à nos travaux eut un effet totalement opposé ; il m'a permis d'augmenter le matériel, et nous avons même un bénéfice que j'utilise en achats d'appareils nouveaux.

En résumé, depuis 12 années que je suis titulaire de la chaire de Pharmacologie à la Faculté de Paris, j'ai sans cesse travaillé à la réorganisation de cet enseignement. Je pense que d'ici deux ans ce travail de refonte et de mise au point de la Pharmacodynamie sera achevé. Après avoir été à la peine, je pourrai me reposer sur le fait accompli. Comme récompense, j'ai la satisfaction d'avoir mis entre les mains des étudiants tous les éléments qui leur sont utiles pour apprendre la Pharmacologie moderne, assez distincte, vous l'avez vu, de ce qui se faisait à l'Ecole de médecine, autrefois.

Dr P. Lacroix.

LA SEMAINE MÉDICALE

La valeur du sérum de Trünecek.

On a fait, depuis quelque temps, beaucoup de bruit autour du sérum de Trünecek à propos du traitement de l'athérome. M. le Dr H. Chrestien vient de remettre les choses au point, dans un article du *Poitou médical*.

Le sérum de Trünecek est un liquide transparent, alcalin, de saveur salée, contenant 6,12 de sel pour 100 de véhicule, et dont le poids spécifique est de 1,04. Sa formule est la suivante :

Sulfate de soude	0,44
Chlorure de sodium	4,92
Phosphate de soude	0,15
Carbonate de soude	0,20
Sulfate de potasse	0,40
Eau distillée q. s. pour 100 gr.	

Cette formule reproduit, on le voit, la teneur du sérum sanguin en sels minéraux, mais à un

profession. Mais non, il faut rester, rassurer le malade, parfois moins effrayé que vous, puis expliquer à la famille comment il a pu se faire qu'une affection, d'abord légère, se soit si brusquement aggravée.

Si les médecins savaient s'entr'aider, si toute leur pitié, leur bonté, u'allaient pas à leurs malades, s'ils engardaient un peu pour leurs confrères, quels services ils pourraient se rendre mutuellement en pareille circonstance, et quelle belle cause aurait à défendre ici le médecin consultant ; la cause d'un confrère qu'un hasard malheureux fera, peut-être, traiter d'inattentif ou d'ignorant.

Et les accouchements ? Que de nuits blanches, ou plutôt noires, ils nous font passer ? que d'angoisses ils nous emplissent le cœur ! Il pleut, il vente, il gèle, la neige recouvre le sol, pas un être humain n'oserait sortir, pas un chien n'erre dans les rues ; vous venez de vous mettre au lit, brisé, courbaturé par une journée de fatigue ; déjà, vous vous sentez envahi par cette douce béatitude qui précède le vrai sommeil ; Pan ! pan ! panpan ! vous voilà réveillé en sursaut. Il faut partir, et tout de suite, la sage-femme vous réclame, la vie de l'enfant et celle de la mère sont en danger, hâtez-vous, vous arriveriez trop tard.

Eh bien, même à cette heure, par ce temps et par ces chemins, ce n'est pas toujours de ses souffrances physiques qu'il faut plaindre le médecin, mais plutôt de son état d'âme ; il ne sait ce qui l'attend là-bas, mais ce qu'il sait bien, c'est que seul, sans le secours d'un confrère, il devra prendre une résolution immédiate et de laquelle peut dépendre la vie de deux êtres et peut-être, — on ne s'oublie jamais complètement soi-même— sa réputation, son avenir. Et tout de suite, dans les ténèbres de la nuit s'évoquent les souvenirs de tous les cas malheureux qu'il a déjà eus ou dont il a lu la terrifiante description. Que parlais-je de pluie, de vent, de neige ? est-ce que le corps peut sentir, souffrir quand l'âme est à ce point angoissée ?

Oh ! je le sais, la plupart du temps, c'est un nouveau succès qui l'attend, un bonheur de plus dans sa vie où il y en a tant d'autres. Aussi, voyez sa joie, son orgueil, quand tout est terminé, quand la mère et l'enfant, grâce à lui, ont fini de souffrir de mourir et, maintenant, reposent dans le grand lit, dans le berceau. Aussi voyez avec quelle modestie maladroite et peu sincère, du reste, il reçoit les félicitations des témoins, des parents, du mari. Ah ! il est bien heureux notre confrère, jamais il n'a si vivement senti combien sa profession est belle. Dans la nuit, sous la pluie, sous le vent, sous la neige, il regagne son logis ; gardez-vous de le plaindre si vous le rencontrez, par hasard, le corps ne peut souffrir quand l'âme est si heureuse !

Je ne veux pas vous fatiguer, mon jeune ami, par le récit de tous les événements heureux ou malheureux qui font la vie du médecin, mais je veux encore vous narrer celui-ci, car il pourra vous préserver de la faute que je commis un jour, si vous persistez, malgré tout, à être des nôtres.

Il y a quelques années, je fus appelé auprès d'un petit bébé tout pâlot, tout maigrichon ; sa mère n'avait presque pas de lait, de là sa misère ; je le pensai du moins, et aussitôt je conseillai de s'enquérir d'*une remplaçante*. Et comme elles étaient rares en ce moment, qu'il faudrait chercher deux ou trois jours peut-être, et que le pauvre bébé se mourait de faim, je nommai une voisine qui, certainement, donnerait un demi-lait. Trois jours plus tard on m'amenait une superbe nourrice : son enfant venait de

degré de concentration dix fois supérieur. Il convient cependant de signaler la suppression des phosphates de chaux et de magnésie, dont le sérum sanguin contient 0,73 p. 1000, et que Trünecek a supprimés, et l'addition du sulfate de potasse, qui n'existe que dans le caillot du sang humain. Ce sérum n'est donc pas un véritable sérum, puisqu'il ne contient pas de matières albuminoïdes : c'est une solution saline concentrée reproduisant approximativement la formule de constitution du sérum sanguin.

Pour être stérilisé, le sérum de Trünecek doit être distillé et ensuite filtré sur bougie de porcelaine. Il se conserve très bien en grande quantité, surtout si l'on a soin d'y ajouter une substance faiblement antiseptique, telle que la résorcine, à la dose de 1 gr. par litre.

Trünecek injecte son sérum tout d'abord à la dose d'1 cc., et il renouvelle l'injection tous les quatre ou sept jours, en augmentant un peu la dose chaque fois, jusqu'à 5 et 7 cc. On peut, d'ailleurs, en cas de besoin, rapprocher les séances sans inconvénient.

En général, l'injection est faite dans une région riche en tissu cellulo-adipeux, comme la fesse et la cuisse ; la dose injectée dépasse rarement 4 cc. Si les accidents de suppuration sont très rares, les injections sont douloureuses, et, quoi qu'en ait dit Trünecek, elles laissent souvent après elles des indurations désagréables qui s'effacent lentement.

Pour éviter cet inconvénient, le docteur Léopold Lévi a préconisé l'emploi du sérum en lavements, ou en poudre à prendre en cachets. Il faut écarter résolument ces deux modes d'administration dans l'étude des résultats obtenus, et nous en tenir exclusivement à la méthode de Trünecek. L'absorption buccale ou rectale des médicaments en modifie tellement l'action qu'il ne peut plus être question de sérothérapie. La prise directe du sérum par le sang dans les espaces conjonctifs constitue seule une méthode nouvelle et intéressante. L'idéal serait même l'injection intraveineuse, s'il n'y avait lieu de redouter l'action toxique des solutions salines concentrées sur les éléments figurés du sang et les perturbations brusques de la pression artérielle.

Des quatre observations fournies par M. Trünecek à l'appui de sa méthode, deux seulement paraissent concluantes. M. Léopold Lévi a obtenu une amélioration, à la suite des injections de sérum de Trünecek, non seulement dans l'artério-sclérose, mais encore dans les affections les plus dissemblables : neurasthénie, monoplégies, hémiplégies, paralysies pseudo-bulbaires. Le docteur Bardet a eu recours à cette méthode dans douze cas d'artério-sclérose bien marquée. « Ces douze observations se divisent en deux groupes : six fois le résultat a été nul, et six fois une amélioration très nette s'est produite. Si l'on examine avec soin les détails, on constate bien vite que l'amélioration s'est manifestée toujours de la même manière : disparition des vertiges, de la céphalée, des bourdonnements d'oreilles, ralentissement du pouls, diminution de l'hypertension ».

C'est, en réalité, comme hypotenseur seulement qu'agit le sérum de Trünecek, mais il est sans action sur les lésions de l'artério-sclérose.

Les acides contre la goutte.

D'après M. Léon Blanc, un des meilleurs traitements de la goutte, après la cure thermale, c'est

---

mourir, elle cherchait un nourrisson. Les parents du bébé n'avaient pas voulu laisser approcher ses lèvres de ce beau sein avant que j'eusse déclaré que la femme était saine ; et comme le temps était beau, la course peu longue, en amenant la nourrice, on avait pris le bébé pour me montrer *du mal*, une petite plaie qu'il avait à la lèvre. A ces mots, un horrible pressentiment m'envahit, vite je pris l'enfant dans mes bras, j'examinai la lèvre. Hélas ! impossible de douter, c'était la syphilis. Le père, interrogé à part, me fit des aveux complets : « Il s'était cru guéri quand il s'était marié, ah ! s'il avait su, etc. » ; tous les praticiens connaissent la suite. Inutile de dire que je trouvai un prétexte pour refuser la nourrice et que fis remettre l'enfant au sein de sa mère en conseillant l'allaitement mixte ; il mourut peu de jours après.

Mais la crainte qui me torturait maintenant, c'est que ce petit syphilitique n'eût contaminé la bonne voisine qui, pendant trois jours, l'avait allaité, et contaminé aussi son enfant. Oh ! les tristes jours, les nuits affreuses ! harassé de fatigue, je m'endormais presque toujours assez vite, mais quel sommeil et quels réveils ! C'était à préférer l'insomnie tant j'avais des rêves angoissants, tant je souffrais en m'éveillant. De tous les bonheurs que le Ciel m'a accordés, et j'en ai reçu de bien grands, il n'en est pas que je mette au-dessus de celui que j'éprouvai quand j'eus la certitude que ni la mère ni l'enfant n'avaient été contaminés.

J'aurais pu, je le reconnais, examiner avec plus de soin le bébé et arriver ainsi à concevoir quelques craintes que le père, interrogé ! aurait confirmées. Mais.., eh bien, non, je ne veux pas chercher des excuses, il est mieux, si vous êtes un jour médecin, que vous croyiez que l'erreur peut être évitée, afin que votre examen soit toujours aussi sérieux, aussi complet que possible. Je vous engage, pourtant, à ne pas demander à vos clients, et encore moins à vos clientes, sans de graves motifs, si elles ne sont pas syphilitiques.

Vous le voyez, mon jeune ami, c'est un surmenage continu que la vie du médecin, surtout à la campagne ; comment peut-il résister, atteindre parfois un âge avancé ? Une âme saine dans un corps sain est certainement une condition *sine qua non* mais au praticien très occupé il faut encore autre chose pour résister à un si dur labeur, il lui faut — et ce sera ma réponse à une question que vous n'avez fait qu'effleurer — il lui faut, dis-je, une compagne qui veille à tout, s'occupe de tout, huile si bien tous les rouages que la machine — c'est la maison que je veux dire — marche sans bruit et sans qu'il s'en occupe. Si cette femme a, de plus, l'esprit cultivé, les idées larges, si elle voit de haut et de loin, son mari pourra fournir le double de travail que tout autre, tout en étant et se trouvant très heureux. Ce qui revient à dire que le praticien, qui partage son temps entre ses malades et l'étude, doit rester étranger aux questions de ménage, d'éducation d'enfants, de relations mondaines, etc., etc., et que la femme de cet homme là doit accepter toutes les tâches qu'il ne peut lui-même accomplir. Quand il rentre de ses longues et pénibles courses, quand il vient de perdre un malade, le praticien doit trouver au logis bon visage, bon accueil, repos de corps et d'esprit, et s'il se peut, quelque confort. Dans cet ordre d'idées, il est mieux que le médecin jouisse d'une certaine aisance ; sans doute, la gêne est un puissant stimulant pour les forts, mais trop souvent elle affaiblit les faibles, et, par les préoccupations

la cure au citron, l'ingestion de jus de citron frais.

Le goutteux doit boire abondamment, mais surtout ne pas boire d'eaux alcalines.

Après les acides végétaux, c'est le tour des acides minéraux qui commence. Pour Falkenstein, la goutte résulte d'une hypochlorhydrie gastrique; elle implique donc la nécessité de fournir de l'acide chlorhydrique: dix à quinze gouttes dans un ou deux verres d'eau — non sucrée — aux repas. L'auteur prêche, d'ailleurs, d'exemple. Goutteux depuis vingt ans, il affirme que l'acide chlorhydrique a singulièrement amendé son état et lui permet même de faire de temps en temps, sans inconvénients, des repas plantureux.

L'alimentation dans l'ulcère de l'estomac.

D'après M. Lenhartz, pour lutter contre les deux facteurs pathogéniques, l'*hyperchlorhydrie et l'anémie*, il faut recourir, dès le début, à une alimentation plus substantielle qu'on ne le fait, diminuer le *quantum* ordinaire de lait et de bonne heure, prescrire des œufs et de la viande.

L'auteur donne les œufs avec leur blanc, refroidis sur la glace, après les avoir fait battre en neige ou avec du vin. On peut commencer quelques heures après la fin des hématémèses. Le premier jour un seul œuf; augmenter d'un œuf tous les jours jusqu'à dix, et réduire la proportion de lait jusqu'à un litre par jour. Dès le sixième jour, de la viande de bœuf crue et finement râpée; commencer par 35 gr., doubler dès le lendemain pour ensuite augmenter progressivement. Après un mois, si tout s'est bien passé, on peut essayer alimentation mixte. Les albuminoïdes, sous forme condensée, atténuent l'hyperchlorhydrie et combattent les vomissements et les douleurs.

La dilatation aiguë du cœur dans le rhumatisme.

M. Merklen a étudié récemment dans une clinique la dilatation aiguë du cœur et voici le traitement qu'il conseille d'employer.

Tout d'abord, quand on a un rhumatisant à soigner, on ne se contentera pas d'appliquer le stéthoscope, on mesurera journellement l'aire cardiaque, et, sitôt qu'un déplacement de la matité, du choc de la pointe, un assourdissement des bruits, un bruit de galop apparaîtra, on modifiera la thérapeutique.

Lorsqu'un malade, au cours du rhumatisme, présente des signes de dilatation aiguë du cœur, ou des accidents imputables à celle ci, il va sans dire qu'on doit, tout d'abord, parer aux indications du moment, qui sont variables suivant la forme à laquelle on a affaire; dans un cas, ce sont des troubles cardio-pulmonaires; dans un autre, ce seront des phénomènes syncopaux ou des manifestations douloureuses, etc.

Mais, il y a certaines indications générales à tous les cas: c'est ce qui concerne l'accident que Bouillaud appelait « la fluxion rhumatismale du cœur ». Cet accident, dont les suites peuvent être redoutables, est justiciable d'une médication active:

1° Les *émissions sanguines* (ventouses scarifiées, sangsues) à la région précordiale, sont utiles pour diminuer la réplétion sanguine qui, nécessairement, augmente les inconvénients de l'asthénie cardiaque;

---

qu'elle fait naître chez tous, nuit à la lucidité de l'esprit, à la rectitude du jugement.

Ainsi, elles sont nombreuses et pas toujours faciles à réaliser les conditions qui permettent au praticien de se donner, corps et âme à ses malades; rarement elles se trouvent réunies chez le même homme; aussi, bien rares sont les vrais médecins, aussi rares que les vrais prêtres dont bien des traits les rapprochent. Voilà, certes, un rapprochement auquel, avouez-le, vous étiez loin de vous attendre: il manque, en effet, d'actualité, mais n'en est pas moins vrai au fond. C'était l'opinion de Michelet, peu suspect de cléricalisme, quand il ecrivait: « En quoi le prêtre et le médecin sont-ils distincts? Je ne l'ai jamais compris. Toute médecine est nulle, aveugle et inintelligente si elle ne commence pas par la confession complète, par la résignation et la réconciliation avec l'Harmonie générale. »

Je ne vous ai encore rien dit de l'encombrement de la carrière, du grand nombre de docteurs que de trop nombreuses facultés jettent, tous les ans, sur le pavé des villes et les chemins des campagnes, des difficultés de toutes sortes que rencontre le jeune médecin qui cherche à se caser, des déceptions, des mécomptes qui l'attendent, toutes choses que Balzac a résumées en ces mots: « Etre médecin, n'est-ce pas attendre vingt ans une clientèle? » Non, tout cela n'est pas pour arrêter quand on a votre intelligence, votre volonté, votre amour du travail et une modeste aisance. N'en tenez donc nul compte, je vous prie, et ne vous décidez que par tout ce que je vous ai dit de notre vie, la plus rude, mais la plus belle.

Un mot encore et j'ai fini. Quand vous aurez acquis science et expérience, il vous arrivera parfois de vous voir préférer tel charlatan ignare; n'en soyez ni surpris, ni affligé. Renan l'a dit excellemment: « La bêtise humaine est la seule chose en ce monde qui puisse donner une notion exacte de l'Infini ».

P. S. — En relisant cette trop longue lettre, je m'aperçois que je ne vous ai rien dit des rapports du Corps médical avec les diverses administrations et les Corps élus. Il y a là pourtant de nombreux points noirs dont les esprits sérieux commencent à se préoccuper. Il est bon que vous le sachiez, mon jeune ami, les intérêts, la dignité, l'indépendance des médecins, sont menacés de toutes parts.

Voyez, par exemple, avec quelle désinvolture les conseillers généraux du Gard, sans daigner prendre notre avis, ont décidé, voté, que, désormais, nous ne toucherions que 0 fr. 25 par vaccination, et que l'indemnité de déplacement d'un franc par kilomètre serait supprimée. Quelle légèreté chez des gens dont quelques-uns m'avaient paru plutôt lourds! Cinq sous, le prix d'une barbe, comme a très bien dit un de nos confrères; cinq sous, ou plutôt deux sous et demi, car il faudra constater, huit jours après, le résultat de l'opération; oui, deux sous et demi voilà le prix dérisoire et humiliant que nous offre, un corps élu, qui... veut continuer de l'être.

Sans doute, le corps médical tout entier s'empressera de refuser cette aumône, mais c'est déjà trop qu'on se soit permis de la lui offrir.

Si, malgré tout, vous persistez à vouloir entrer dans la carrière médicale, que ce soit avec la ferme intention d'accomplir tous vos devoirs, mais aussi de faire valoir tous vos droits, car cela aussi est un devoir.

Dr Dumas (de Lédignan).

(*Echo médical des Cévennes*).

2° La *vessie de glace* est, non seulement une pratique antiphlogistique, mais c'est aussi une médication toni-cardiaque, puisque nous savons que toute excitation produite au niveau de la région précordiale retentit par voie réflexe sur les centres nerveux et renforce leur action. La vessie de glace, sans danger, procure aux malades un grand soulagement, et est très utile au cours des dilatations aiguës du cœur.

Doit-on, à ces moyens, associer *la digitale* ? Bien des médecins hésitent à donner la digitale au cours de la fièvre rhumatismale ; mais l'expérience nous a démontré qu'à condition de donner de faibles doses, d'un dixième de milligramme, pro die, ce médicament est efficace, sans être nocif, et qu'il serait fâcheux de se priver de son bénéfice.

Dans les cas graves, où la syncope est imminente, on fera des injections sous-cutanées d huile camphrée, d'éther ou de spartéine.

Quand la douleur cardiaque est très intense et la dypsnée très prononcée, on injectera de petites doses de morphine.

On a dit qu'il fallait supprimer immédiatement la médication salicylée, dès qu'on constatait des signes de dilatation cardiaque, car le salicylate peut augmenter les accidents, et il est, d'ailleurs, inefficace dans les déterminations viscérales du rhumatisme. La substitution du sulfate de quinine, qui est également indiqué lorsque le rein est atteint, a ceci d'avantageux, qu'il est un médicament tonicardiaque par son action sur les centres.

OPHTALMOLOGIE

Valeur pronostique de la rétinite dans l'albuminurie.

Par le Dr A. Trousseau.

Cette courte note a pour but d'éveiller l'attention des médecins sur un signe du plus fâcheux augure dans le cours de l'albuminurie, à savoir l'apparition de la rétinite.

En 1890, dans le *Journal des Praticiens*, j'avais publié une statistique prouvant que les albuminuriques n'avaient devant eux qu'une courte survie dès que la rétinite était constatée. Antérieurement, en 1887, dans la *Gazette hebdomadaire*, j'avais montré que les rétinites dites albuminuriques devraient être appelées plus justement rétinites urémiques, puisqu'elles étaient non un symptôme de l'albuminurie, mais une manifestation essentiellement toxique, due à la rétention dans le sang des produits de désassimilation et des divers poisons engendrés par l'organisme.

Parmi les diverses manifestations de l'état urémique, la rétinite est la plus grave, elle sonne le glas.

Sa gravité pronostique avait été signalée avant moi.

Miley (Opht. Soc. 1888) avait dit que, lorsque surviennent les phénomènes rétiniens, la survie n'est plus que de 18 mois en moyenne. Snell (Opht. Soc. 88) a produit la statistique suivante : sur 103 patients frappés de rétinite néphrétique, 57 sont morts dans la première année, 12 dans la deuxième. La Baronne Possaner (Thèse de Zurich, 94) a trouvé que 59 % des malades de sa clientèle particulière avaient succombé dans les deux années suivant le diagnostic, et que tous les hommes de la clientèle hospitalière étaient morts en moins de 2 ans, tandis que 3 femmes seulement avaient survécu plus de deux ans. Ma propre statistique a montré que sur 46 malades 28 sont morts en moins de deux ans ; parmi ceux-ci trois ont succombé en moins de 6 mois et huit la première année. Depuis ces divers travaux, la question a été reprise et les conclusions des chercheurs n'ont fait que confirmer celles de leurs devanciers.

Il y a donc un intérêt majeur à dépister la rétinite qui, bien souvent, survient sans fracas, puisque sa constatation montre que des sujets, parfois bien portants en apparence, ou atteints de troubles mal limités, sont en danger de mort.

Voici deux exemples cliniques assez frappants qui justifieront l'intérêt pratique de ces quelques lignes.

Un médecin me conduisit un garçon de 33 ans, alcoolique et surmené par de prodigieux travaux intellectuels, afin que je pusse lui choisir des verres destinés à combattre les atroces migraines dont il souffrait en corrigeant un trouble de réfraction congénital. Le praticien me parla de la santé générale du sujet et me signala qu'il avait des traces d'albumine *sans importance*. Il eut peine à me croire quand je lui transmis la réponse de l'ophtalmoscope qui révélait une double rétinite et que je lui annonçai la fin prochaine de son malade. Celui-ci, malgré le régime lacté, succomba 3 mois après mon examen dans une attaque urémique. Une analyse d'urine faite après sa visite chez moi avait révélé 0,85 centigr. d'albumine.

Une dame de 40 ans était soignée dans un établissement d'hydrothérapie pour des crises d'hystérie, régulièrement douchée, isolée, etc. Elle se plaignit un jour de ne plus voir clair, on mit cela sur le compte de l'hystérie, on se décida à me faire venir sur ses plaintes réitérées et je constatai une rétinite typique. L'examen d'urine négligé jusque-là montra une grande proportion d'albumine. Les phénomènes convulsifs et autres ne s'expliquaient que trop. La malade mourut un mois jour pour jour après l'apparition de la maladie rétinienne, huit jours après ma visite.

Je pourrais citer des observations analogues en assez grand nombre. Il me suffit d'avoir éveillé une fois de plus l'attention sur un signe clinique de première valeur.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité : M. le professeur Tillaux.

I

Atrophie musculaire traumatique : son importance clinique.

Quelques mots à propos d'un malade que vous venez de voir, tout à l'heure, dans son lit, occupé à faire des exercices de gymnastique thérapeutique. Son cas mérite d'être relaté : il est loin d'être rare, en effet, et il cause, fréquemment, des erreurs d'interprétation et de traitement très préjudiciables aux patients.

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, garçon épicier, vigoureux et bien musclé, qui reçut il y a plusieurs semaines sur le genou une lourde caisse d'oranges. La contusion locale qui s'ensuivit amena un épanchement articulaire auquel cet homme n'attacha, d'abord, aucune importance. Sans prendre de repos, il continua à travailler jusqu'au jour où, mis dans l'incapacité de marcher, il dut s'avouer vaincu et demander son admission à l'hôpital. Actuellement, il offre une atrophie du triceps fémoral droit très accentuée, invraisemblable pour ainsi dire : la moitié du muscle a disparu ; on sent à peine sous le doigt et on ne voit plus le relief du vaste interne ni celui du vaste externe. C'est un type d'atrophie musculaire d'origine traumatique.

Cette affection se présente presque toujours de la même manière et voici comment, dans nombre de circonstances, les choses se passent. A la suite d'un choc articulaire, un individu se plaint de divers troubles locaux : douleur, impotence et gêne progressive de la marche.

Le médecin examine la jointure, constate de l'hydarthrose (elle existe alors habituellement) et, sans prendre garde à l'atrophie musculaire concomitante, il condamne le malade au lit, avec défense de se lever. Il applique des pointes de feu, de la teinture d'iode et il fait de la compression. Le résultat paraît excellent : au bout de 8 à 10 jours, l'épanchement se résorbe et la douleur cesse. Le genou est guéri et l'on dit au malade : vous pouvez vous lever. Quelques jours se passent et, la douleur ainsi que l'hydarthrose revenant, le même traitement est remis en œuvre. Ces soi-disant guérisons et ces soi-disant rechutes durent ainsi des mois. J'ai vu des jeunes gens être, dans ces conditions, absolument démoralisés : des officiers, par exemple, qui, après une chute ou un coup de pied de cheval, voyaient leur avenir gravement compromis par de telles alternatives de mieux et de plus mal.

En face des troubles récidivants, dont je viens de parler, le chirurgien non prévenu se demande : mais, qu'y a-t-il donc ? serait-ce du rhumatisme ? serait-ce de la tuberculose ? On demeure perplexe. Eh bien ! sachez que tout cela relève d'un seul phénomène morbide auquel on n'a pas pris garde et qui a évolué pendant que le blessé était au repos ; tout cela est dû à l'atrophie musculaire du triceps fémoral. Cette atrophie, occasionnée par le traumatisme, joue elle-même dans la suite le rôle de cause et elle provoque les retours de l'hydarthrose. Lorsque le sujet se lève, en effet, son genou n'est plus maintenu par le muscle triceps, trop faible ; il oscille dès lors et les mouvements de la marche produisent une foule de petits traumatismes qui ramènent l'épanchement articulaire. Il n'y a pas de raison pour que ce cercle vicieux finisse.

Contre une telle affection le repos absolu est mauvais : c'est tout le contraire qu'il convient de conseiller. Recommandez le massage, la gymnastique thérapeutique, les mouvements avec un appareil. Redonnez aux muscles leur vigueur ancienne et vous ne tarderez pas à obtenir une guérison complète.

L'atrophie musculaire d'origine traumatique est donc une affection qu'il faut connaître. On évitera ainsi des impotences qui peuvent devenir définitives.

II

Diagnostic d'une tumeur de l'aisselle.

Malade âgé de 48 ans, atteint d'une tumeur de l'aisselle gauche, qui, au premier coup d'œil, paraît être une adénopathie bacillaire. Les antécédents pathologiques de cet homme sont assez bons. Il a trois frères et sœur bien portants ; sa mère a succombé, vers l'âge de 65 ans, à une bronchite, dont elle a souffert pendant deux années. Il est possible qu'une telle bronchite ait été une phtisie pulmonaire : cette condition héréditaire n'est pas sans intérêt pour permettre d'élucider le cas actuel.

Les antécédents personnels du patient offrent divers incidents. A 25 ans, il entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Potain, où il est soigné, pendant un mois, pour une péritonite dont la cause reste obscure. Dix années plus tard, il a la jaunisse, et demeure en traitement 3 semaines à l'hôpital Beaujon Puis, il est successivement victime de deux accidents. Une première fois, un fiacre le renverse et passe sur lui : il guérit de ce traumatisme avec deux mois de repos. Enfin, en 1900, il se fait, en tombant dans un escalier, une fracture du bras. Soigné dans notre service, il obtint une consolidation satisfaisante de sa fracture.

Il entre, aujourd'hui, à l'hôpital pour une tumeur de l'aisselle gauche dont le diagnostic, quant au siège (les ganglions de l'aisselle), est à peu près écrit, mais dont la nature, la pathogénie, la cause en un mot, est plus délicate à établir.

Le patient est de bonne santé générale apparente. Il est vigoureux, bien musclé. Il ne présente, sur la peau, aucune trace de lymphatisme antérieur, pas d'adénopathies, pas de cicatrice de ganglion suppuré. Poussons plus loin, dans ce sens, nos investigations, puisque, à première vue, la tumeur ganglionnaire de l'aisselle rappelle beaucoup les adénopathies tuberculeuses. Explorons d'autres organes facilement accessibles et assez communément touchés par le bacille de Koch. Les épididymes, d'abord. Normalement ceux-ci sont réguliers, de consistance molle, lisse, semblables partout. Eh bien ! ici, je trouve dans la queue de cet organe, à droite, un petit point induré, peu de chose sans doute, mais assez pour me frapper, d'autant que cet homme déclare n'avoir jamais eu de blennorrhagie.

Je procède, ensuite, au toucher rectal pour apprécier l'état de la prostate. Je sens le bec de celle-ci : il est à sa distance normale de l'anus, environ trois centimètres. Plus profondément, j'arrive sur la face postérieure de la glande, je reconnais sa base (le cœur de carte à jouer), ses lobes latéraux droit et gauche et, un peu plus haut, sur les côtés, les vésicules séminales. La prostate est donc normale.

En résumé, je trouve seulement, dans les antécédents personnels et héréditaires du sujet, deux petits faits à retenir : une légère induration de la queue de l'épididyme à droite et, peut-être, une hérédité maternelle tuberculeuse.

La tumeur de l'aisselle a débuté — ou du moins le malade s'est aperçu de son existence — il y a une quinzaine de jours. Elle siège à la paroi interne du creux axillaire et atteint le volume d'un œuf de dinde. Dans les comparaisons cliniques, nous nous servons habituellement, pour apprécier le volume des néoplasmes, d'objets de di-

*

mensions déterminées et constantes : par exemple, œufs de différentes espèces animales, œufs de pigeon, de poule, de dinde, tête d'enfant nouveau-né. Le poing, de largeur et d'épaisseur essentiellement variables avec les personnes, constitue une mauvaise comparaison.

La peau est rouge. Depuis trois jours, il est vrai le patient applique sur elle de l'onguent napolitain belladoné, pommade que je lui ai prescrite à titre absolument moral. Cette préparation mercurielle a pu, en raison de son action excitante, déterminer un changement de couleur du revêtement cutané. Je dois dire, cependant, qu'elle ne me paraît pas être la cause de la rougeur observée ici. Une pommade irritante peut provoquer quelquefois de l'érythème à forme miliaire, mais elle ne donne pas, comme résultat, la teinte rouge, uniforme, dégradée vers les bords que nous voyons sur la tumeur en question. De plus, non seulement il y a rougeur, mais il y a également chaleur, cet autre signe de l'inflammation. Mettant la main successivement sur la tumeur et sur une région voisine, on reconnaît une différence notable de température, de l'hyperthermie au niveau de la surface malade. D'autre part, la peau est adhérente aux parties sous-jacentes : il est impossible d'y faire un pli lorsqu'on la prend au centre de la lésion.

La tumeur est arrondie et affecte la forme d'une demi sphère. Sa consistance — qu'il faut rechercher avec la pulpe des doigts — est rénitente, un peu élastique, presque uniforme. A la partie supérieure toutefois, il existe un petit foyer fluctuant, très limité, indice d'un début de suppuration.

La lésion est mobile sur les plans profonds : on la déplace aisément en tous sens. Elle siège au voisinage du muscle grand dentelé et elle va, comme limites, du bord du grand pectoral à celui du grand dorsal.

Elle est indolore ou à peu près et ne s'accompagne d'aucun symptôme de voisinage, ni d'aucun symptôme général.

Diagnostic : Il s'agit indiscutablement d'une tumeur ganglionnaire. La grosseur siège effectivement sur la paroi interne de l'aisselle, là où se trouvent tous les ganglions de la région.

Nous devons rechercher, en premier lieu, si cette adénopathie n'est pas secondaire à une lésion du territoire lymphatique de ces ganglions. Il n' y a rien du côté de la poitrine, rien au sein gauche en particulier. Par contre, à la main se trouve une petite cicatrice. Cet homme raconte qu'il y a trois semaines, il est tombé sur un brasier, s'est brûlé un doigt et que la petite plaie ainsi créée s'est guérie seule au bout d'une semaine sans traitement. Elle s'est fermée précisément au moment où l'infiltration ganglionnaire de l'aisselle a commencé.

La cause de l'adénopathie, que nous avons cherchée de différents côtés, s'éclaire suffisamment par ce simple fait. La brûlure explique parfaitement l'inflammation subaiguë des ganglions de l'aisselle.

A quoi aurait-on pu songer en face d'une tumeur de ce genre ? A un sarcome ? Mais le sarcome primitif des ganglions est une chose infiniment rare. A une gomme syphilitique ? Celle-ci n'atteint pas un semblable volume après 15 jours. A un lymphadénome ? Peut être, l'idée m'en est venue et j'ai cherché partout, s'il n'existait pas une autre lésion ganglionnaire sur le reste du corps. L'hypothèse d'adénopathie tuberculeuse, diagnostic auquel je croyais, d'abord, me rattacher et pour lequel je cherchais des bases (dans les antécédents, au niveau des testicules), doit être abandonnée après l'examen local que je viens de faire et en raison de la rapidité de l'évolution.

En somme, il s'agit d'un abcès chaud, subaigu, présentant tous les signes de l'inflammation, douleur (légère), chaleur, rougeur. C'est une adénite inflammatoire simple, en voie de suppuration et consécutive à une plaie, non soignée, de la main.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PHYSICOTHÉRAPIE

Rayons N.

Après avoir eu leurs colonnes remplies d'articles concernant la découverte de Becquerel et des Curie (découverte qui remonte à près de trois ans) sur les corps radio-actifs, les journaux politiques et les revues ont été pourvus de copie pour leur chronique scientifique avec la découverte, qui, elle, est toute récente, des rayons N.

Les journaux de médecine ont, en général, moins bien tenu leurs lecteurs au courant : aussi pensons-nous faire œuvre utile en exposant ici l'état actuel de la question.

C'est au physicien Blondlot, de l Université de Nancy, bien connu déjà des physiciens, que l'on doit la découverte des rayons N. Les résultats de ses recherches et de ses expériences ont été publiées dans neuf notes à l'Académie des sciences, du 23 mars au 9 novembre 1903.

Dans ce qui va suivre, nous allons exposer rapidement ce qu'on entend par rayons N, quelles en sont les principales sources, quels en sont les réactifs et les propriétés ; puis nous consacrerons quelques lignes aux rayons N et autres, que le professeur Charpentier a découverts au voisinage de certaines parties du corps.

Tout d'abord d'où vient le nom de *Rayon N* ? La lettre N n'est pas autre chose que l'initiale de la ville de Nancy, mais de même que l'on a donné aux rayons X le nom de l'auteur de leur découverte, de même il serait juste d'appeler les nouvelles radiations *Rayons de Blondlot*.

Les sources actuellement connues des rayons N sont très variées :

a) Ces rayons N accompagnent le faisceau des rayons X sortant d'un tube de Crookes ; si l'on fait passer le faisceau à travers une lame d'aluminium, ou si l'on entoure le tube de papier noir, on aperçoit la présence de rayons autres que les rayons X, et ayant la propriété de se réfléchir, de se réfracter, de présenter les phénomènes de la polarisation. L'indice de réfraction des rayons de Blondlot est voisin de 2.

b) Le manchon d'un bec Auer incandescent est une source de rayons N.

Le filament d'une lampe Nernst émet aussi des rayons N en grande quantité.

c) Une lame d'argent, une feuille de tôle portées au rouge naissant, émettent ces mêmes radiations.

d) Le soleil aussi est une source de rayons N, ce qu'on reconnaît en fermant une chambre noire

par un volet en bois épais sur lequel viennent frapper les rayons solaires du côté opposé ; dans la chambre noire, le volet émet des rayons N.

e) Les corps déformés ou en état d'*équilibre moléculaire contraint* émettent des rayons N : la compression ou la déformation de certaines substances, bois, verre, caoutchouc, donnent naissance à des radiations de Blondlot ; de même l'acier trempé, le verre trempé fournissent des rayons N et cela en permanence.

f) Certaines substances peuvent emmagasiner des rayons N et les émettent ensuite : ainsi, une lentille de quartz ayant servi à concentrer les rayons d'un bec Auer, emmagasine les rayons N qu'elle émet ultérieurement et pendant un certain temps. Il en est de même du spath, du verre de la brique, du sable, du sulfure de calcium, etc.

La source la meilleure pour cet emmagasinement d'énergie, c'est le soleil : ainsi une brique dont une face a été exposée aux rayons solaires, fournit par cette face une bonne émission de rayons N, c'est là un moyen très commode d'avoir une source des rayons de Blondlot.

Voyons maintenant quels sont les réactifs des rayons que nous savons produire.

Pour déceler l'existence des rayons N, on peut recourir à plusieurs réactifs :

1° Une bande de papier éclairée par réflexion diffuse, au moyen d'une source éloignée, constitue un excellent réactif, la luminosité de la surface s'accroît sous l'influence des rayons N.

2° Une substance fluorescente s'illumine lorsqu'elle est placée dans un champ de rayons N ; si l'on prend du platino-cyanure de baryum, dont la fluorescence est déjà excitée au moyen par exemple d'un sel de radium placé à une certaine distance (Charpentier), on constate que l'éclat du platino-cyanure augmente sous l'influence des rayons N.

3° La phosphorescence peut aussi servir à reconnaître les rayons N ; ainsi, les cultures de bacilles phosphorescents, si bien étudiées par le professeur R. Dubois, deviennent plus lumineuses quand on dirige sur elles un faisceau de rayons N. Il en est de même de la phosphorescence du ver luisant (lampyre noctiluque).

4° Les substances chimiques phosphorescentes, comme le sulfure de calcium, légèrement insolées au préalable, deviennent plus vivement lumineuses dans un champ de rayons N ; l'augmentation de la phosphorescence, de même que sa diminution, ne sont pas des phénomènes instantanés.

5° Une lame ou un fil de platine porté au rouge sombre par un courant électrique, prend une incandescence plus grande sous l'influence des rayons N ; cet effet n'est pas dû à une action calorifique, car il se produit à travers un écran athermane et, en outre, sa résistance électrique n'est pas modifiée par la luminescence plus vive due aux rayons N.

6° Une petite flamme bleue de gaz permet de révéler la présence des rayons N très facilement : si on la place dans le champ de ces rayons, elle devient plus brillante. Pour bien apprécier le changement d'éclat, il vaut mieux examiner une surface en verre dépoli par exemple, éclairée par cette flamme : c'est aussi ce qu'on fait en photométrie.

7° Une petite étincelle jaillissant entre les boules d'un excitateur actionné par une bobine de très faibles dimensions, constitue aussi un réactif des rayons N ; c'est le premier dont s'est servi M. Blondlot. Quand cette étincelle est dans le champ des rayons N, sa luminosité augmente ; si on cesse de faire tomber ces rayons sur l'excitateur, l'étincelle reprend son éclat primitif plus faible.

Tels sont les réactifs qui peuvent déceler les rayons N. Quelles sont les propriétés de ces rayons? En outre de celles qui ressortent de l'étude des réactifs précédents, quelques propriétés remarquables doivent être signalées. Les rayons N sont absorbés, et par conséquent interceptés, par le plomb, sous une épaisseur de 0mm2 ; par le platine à froid (0mm4), par le sel gemme (3mm), par l'eau sous une très faible épaisseur (feuille de papier à cigarette mouillée).

Les rayons N traversent, au contraire, l'aluminium, les solutions salines, le platine chauffé au rouge, le papier, le verre, etc. Ces rayons ont la propriété d'augmenter l'acuité visuelle : si l'on regarde dans une demi-obscurité, un cadran d'horloge, ou encore une échelle d'acuité, puis qu'on vienne à diriger sur l'œil un faisceau de rayons N, on constate que l'objet est vu plus aisément et que l'on y distingue des détails qui, précédemment, n'apparaissaient pas.

Les rayons N constituent donc un excitant du nerf optique.

Maintenant que nous connaissons les propriétés et les réactifs des rayons de Blondlot, nous pourrons mieux comprendre les découvertes récentes du Prof. Charpentier. On doit à notre savant collègue de Nancy d'avoir montré que l'organisme est une source de rayons N : un objet phosphorescent augmente d'intensité lumineuse quand on l'approche du corps ; cette augmentation est plus considérable au voisinage d'un *muscle en contraction* et surtout d'un nerf ou d'un *centre nerveux en activité*. D'après ce que nous savons, cet accroissement de luminosité doit être attribué aux rayons N ; d'ailleurs, l'indice de réfraction des rayons émis par les tissus a été trouvé par M. Charpentier du même ordre de grandeur que celui déterminé par M. Blondlot pour ses rayons.

Pour observer les radiations physiologiques, il est commode de déposer sur un carton noir un peu de sulfure de calcium phosphorescent et de l'y coller avec du collodion ; il faut une très mince couche de sulfure et une surface d'environ 2 centimètres de diamètre. On l'insole modérément et on l'observe à l'abri de la lumière, dans une pièce plus ou moins sombre, suivant l'éclat que présente le sulfure. La plaque doit être regardée dans la vision indirecte et sans trop d'attention. Les variations d'éclat se produisant graduellement avec une inertie qui dépend surtout de l'épaisseur du sulfure, il y a avantage à diminuer le plus possible cette épaisseur. On rend plus facile l'observation de la plaque phosphorescente en interposant des verres bleus purs.

En observant, d'après ces données de technique expérimentale, un muscle dans toute son étendue, M. Charpentier a trouvé que l'émission des rayons N était nulle au niveau des tendons, tandis qu'à l'insertion du muscle sur l'os, il y avait augmentation de la luminescence du sulfure.

La partie la plus importante de l'émission physiologique des rayons N a lieu par le système ner

veux et surtout par les centres. Le trajet de la moelle épinière se reconnaît aisément en promenant l'objet d'épreuve en regard des parties extérieures les plus voisines ; la radiation est plus forte et plus étendue au niveau des renflements cervical et lombaire. Si l'on fait élever un bras, l'éclat augmente au renflement cervical.

Mais les expériences les plus curieuses concernent les centres nerveux superficiels et en particulier la zone de Broca, centre du langage articulé. Si l'on place l'objet d'épreuve dans la région où cette circonvolution se projette sur le crâne, on voit l'éclat augmenter si le sujet parle à haute voix ou à voix basse. Rien de pareille ne s'observe à droite.

M. Charpentier a même vu mieux que cela : il a pu déceler, par l'émission des rayons N, l'état cérébral, l'attention, l'effort mental. Voici comment il décrit lui-même l'expérience : « On dispose un objet d'épreuve vis-à-vis du front, à gauche de préférence. Le sujet se place successivement dans deux situations d'esprit différentes : dans l'une, il relâche l'attention le plus possible et tâche de ne penser à rien ; dans l'autre, il exécute une opération mentale, calcul, raisonnement l'objet s'obscurcit dans le premier cas, s'éclaire dans le second ; la différence, quoique faible, est nette. Tout effort marqué de volonté ou d'attention augmente la radiation frontale et détermine ainsi, *d'une manière visible pour des observateurs étrangers*, l'augmentation de la phosphorescence. Ces phénomènes peuvent aussi être visibles pour le sujet lui-même qui peut alors *se regarder penser*. L'objet d'épreuve est placé vis-à-vis du front, plutôt à gauche, à 8 ou 10 centimètres et davantage, et il est observé dans la partie supérieure du champ visuel par la vision indirecte, ce qui, lorsqu'on en a l'habitude, ne nécessite aucun effort spécial d'attention. L'objet passe dans ces conditions par des variations d'éclairement très remarquables qui suivent d'après mon observation personnelle, les variations d'intensité de la réflexion et de l'attention ».

Il est tout à fait remarquable que la volonté puisse ainsi influencer à distance, quoique faiblement, un phénomène physique !

Les radiations d'origine physiologique sont, avons-nous dit, des rayons N ; cependant M. Charpentier a trouvé que leur composition est plus complexe que celle des rayons de Blondlot ; en effet, le plomb et l'eau, qui arrêtent les rayons N, sont légèrement transparents par les rayons Charpentier. Cela est vrai, surtout pour les radiations émises par les nerfs ; mais, en revanche, celles-ci sont particulièrement arrêtées par l'aluminium en feuille très mince. La partie qui a traversé la lame d'aluminium n'est plus obscurcie par de nouvelles épaisseurs d'aluminium : elle est donc formée de rayons N proprement dits.

Les radiations émises par les muscles, cœur, diaphragme, au contraire, ne sont pas modifiées par une lame d'aluminium mince. Voilà un premier caractère distinctif entre les rayons nerveux et musculaires.

Il existe une autre différence entre ces deux radiations : la plus légère compression du nerf augmente l'émission des rayons de Charpentier ; tandis que dans les mêmes conditions, la radiation du muscle n'est, pour ainsi dire, pas modifiée.

Enfin, un troisième caractère différentiel, c'est que la radiation nerveuse produit un effet sensiblement plus fort sur le sulfure de calcium porté à 40°-45° ; les rayons émis par les autres tissus n'agissent, au contraire, pas davantage sur le sulfure ainsi chauffé.

Telles sont les données brièvement résumées que possède la science sur les nouvelles radiations découvertes et étudiées à Nancy. Où peut-on classer ces radiations dans le spectre ? Il semble qu'elles doivent prendre place en deçà de l'infra-rouge et des radiations calorifiques, c'est-à-dire dans une région située tout à fait à l'opposé de celle occupée par les rayons X et par les rayons de Becquerel et Curie.

Ces découvertes sont encore trop nouvelles pour qu'on puisse en tirer des déductions quelconques ; mais il est d'ores et déjà permis de penser qu'elles trouveront des applications intéressantes en clinique et peut-être en thérapeutique.

Dr H. BORDIER.

(In *Lyon médical*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La Mutualité et les pharmaciens.

Le Danger Mutualiste et les moyens de le combattre.

En 1900 et les années qui suivirent, au cours d'une série d'articles publiés dans nos journaux professionnels, j'appelais l'attention de mes confrères sur la Mutualité et je leur disais en substance : « Favorisez la création des Sociétés de Secours Mutuels de retraites, au détriment des Sociétés de Secours Mutuels, dont l'objet est le payement des soins médicaux et pharmaceutiques. » Et j'ajoutais : « Sans cette tactique, les Soc. Sec. Mutuels aux abois vous imposeront des tarifs absolument désastreux, ou, quand elles pourront le faire elles créeront des Pharmacies Mutualistes. Donc, entrez dans la place pour corriger de votre influence ce que leurs prétentions auraient d'excessif ». Et je recommandais une Société Nationale des retraites « La Solidarité Prévoyante ». Il aurait été facile à chacun de nos confrères d'en fonder une section dans chaque commune. Quelques-uns seulement eurent la vision de l'avenir. Il était tout indiqué que si nous voulions être entendus par les Mutualistes, il fallait être des leurs. Nos arguments décuplaient d'importance dans la bouche de l'un des nôtres à la tête d'une puissante section locale. Il ne suffit pas en effet de faire partie de nos œuvres professionnelles inconnues de la masse et récentes d'ailleurs, c'est aux Sociétés populaires qu'il faut aller, à la cotisation minime de 1 fr. 50 par mois. Et j'ajouterai que si à l'heure présente, nous pouvons espérer endiguer le torrent mutualiste, ce sera grâce aux confrères qui, à la ville et dans les campagnes, sont membres actifs de leurs Sociétés, et mettront à la disposition de tous, et pour leur plus grand bien, l'influence et les relations qu'ils ont su acquérir. Mieux que tous les articles et les savantes chroniques des thuriféraires en chambre, cette action personnelle que je n'ai vu préconisée nulle part, nous sauvera du désastre.

Je ne pensais donc pas en 1900, à la confirmation aussi rapide des faits articulés.

Outre les Pharmacies Mutualistes créées et ne

donnant pas les résultats attendus par leurs auteurs, l'on veut nous arracher des concessions extrêmes sur tous les tarifs dans toute l'étendue du territoire.

Il y a longtemps que j'aurais indiqué quelques moyens propres à se défendre, mais nous manquons vraiment de journaux indépendants et l'organe de l'Association des pharmaciens subissait lui-même une regrettable éclipse, reléguant à l'arrière-plan les questions professionnelles auxquelles nos futurs confrères devraient s'intéresser sans relâche, s'ils veulent, les premiers, bénéficier de leur solution. Grâce à l'énergie du nouveau comité, l'A. A. va reprendre nos traditionnelles revendications. et, d'accord avec nos syndicats, en amener la réalisation. Au premier rang de ces dernières se trouvent la Règlementation de la Spécialité, et la question Mutualiste. De cette dernière seule, je vais m'occuper aujourd hui.

Partout les Sociétés de Secours Mutuels ont réussi à imposer au Corps Pharmaceutique l'application de tarifs épouvantables. A Lyon, à Châtellerault, à Saint-Etienne. dans nombre de petites villes où sévit un autre système désastreux *dit à l'abonnement*, la tache hideuse s'agrandit. menaçant de submerger les villes et les campagnes. La résistance des pharmaciens jusqu'à présent a été presque nulle. Il est juste de dire que les bases de résistance n'ont pas été suffisamment indiquées.

Erreur primordiale : L'on a permis aux Mutualistes de discuter nos tarifs ! Quand ils ont vu que certains médicaments étaient comptés sept à huit fois leur valeur, ils ont été indignés ne voulant pas comprendre que, vu notre chiffre exceptionnel de transactions, et une fois nos frais généraux énormes déduits, ce n'était plus un bénéfice scandaleux que nous réalisions, mais une moyenne de 40 à 50 %, moyenne normale dans le commerce de détail. Et la pharmacie, peut-elle être assimilée à un commerce quelconque? Aussi, à cette insolente prétention de réduire nos honoraires, on aurait dû rappeler à la Mutualité son origine, sa raison d'être.

Constituer avec les deniers de tous un fonds commun destiné à supporter les charges communes. De réductions de 20 0/0, il n'en était nullement question, les Sociétés de Secours Mutuels se défendaient jalousement à cette époque d'être confondues avec les indigents. Aussi, de faveurs, elles n'en parlaient guère, *n'y ayant en principe aucun droit !* Mais l'insuffisance de la cotisation, pour la multiplicité des buts, comme aujourd'hui, apparut notoire, et bénévolement le corps médical et pharmaceutique offrit ses bons offices. Il en fut fort mal récompensé : *Ce qui n'était qu'une faveur dès l'origine, fut bien vite considéré comme un droit.* De là tout le mal. Il est inutile de le rappeler.

La tactique actuelle des Sociétés de Secours Mutuels est la suivante : La création des Pharmacies Mutualistes étant impossible dans les campagnes et n'amenant que des déboires dans les grandes villes, elles visent à imposer un tarif uniforme, évidemment le plus bas consenti à ce jour. Les fédérations départementales qui se créent, exclusivement pour cela, se chargeront de le propager dans les villes d'abord, dans les campagnes ensuite. Ces dernières se croient à l'abri de tout avatar, elles ont tort ! Par surprise, par bluff, par violence, ces tarifs fonctionnent. Des confrères les ont acceptés, à leur corps défendant, c'est entendu, mais ce faisant ils nous ont causé un tort immense. Et nos organisations professionnelles ne les ayant pas encore flétris, nos mutualistes, enchantés de ne voir aucun obstacle à l'horizon, en poursuivent sans trève l'application intégrale.

Comme il faut une base de discussion, l'Association générale des Pharmaciens de France élabore un tarif pour Mutualistes. *Mais les conditions pharmaceutiques varient du Nord au Midi, de l'Est à l'Ouest.* Certains, avec raison, pensent que tout tarif pharmaceutique est forcément imparfait. Ils craignent que ledit tarif passe trop facilement du milieu mutualiste dans le grand public, et qu'enfin il ne soit néfaste et nuise aux Syndicats voulant se défendre. Ces objections sont très sérieuses. Aussi dès maintenant faut il laisser toute liberté aux Syndicats, leur dire qu'ils ne sont pas tenus de l'accepter s'ils le trouvent insuffisant. Ils auront encore la ressource de le majorer de 20 à 40 0/0 et l'A G. le leur dira certainement.

Mais en attendant ce Tarif pour Mutualistes, comment doivent se défendre les syndicats menacés ? Ayant reçu de nombreuses demandes de renseignements, je crois utile d'exposer une méthode dont l'application à causé quelques succès.

Aussitôt mis en demeure de modifier et réduire leurs honoraires, les syndicats doivent se réunir en assemblée générale, et demander un délai aux Fédérations Soc. S. M. pour organiser leur défense. Ils font état des arguments suivants :

I. Poser en principe que l'entente avec Mutualistes doit se faire avec le Syndicat local, et flétrir tout tarif élaboré par ces derniers, ils n'ont aucune mission pour cela.

II. Protester contre la création, si elle est projetée, des Pharmacies Mutualistes. Que nos confrères appellent toute l'attention des Sociétés sur cette violation flagrante des principes mutualistes éloignant d'elles toute la catégorie si nombreuse des commerçants, employés, petits patrons, effrayés de cette intrusion dans le collectivisme. Catégorie puissante qui, si elle s'unissait pour répondre à des préventions injustifiées, causerait le plus grand tort à la Mutualité tout entière.

III. S'élever avec énergie (car les Sociétés présentent toujours un confrère dissident ayant déjà accepté la fourniture à vil prix, au lieu de se concerter avec ses collègues) contre cette véritable adjudication de la santé des mutualistes au plus vil enchérisseur. Que l'on clame contre le sang-gêne de certains conseils d'administration qui n'attendent même pas un mandat de l'Assemblée générale, suppriment l'une des libertés essentielles du Mutualiste « *le droit sacré pour lui de choisir son médecin et son pharmacien* ». Ce droit, la loi sur les accidents du travail le reconnaît formellement pour le blessé. La loi de 1898 l'a omis pour les mutualistes. Mais cette dernière va subir des modifications importantes ; que nos syndicats se tiennent prêts à intervenir !

IV. Joindre dans la même violation de la Liberté du Mutualiste, la création des Pharmacies coopératives et l adjudication à un seul confrère, généralement non syndiqué.

V. Faire une allusion discrète aux membres honoraires (les Mutualistes comprendront), dont les cotisations volontaires permettent de combler les déficits.

Rappeler que tous les pharmaciens le sont, et que des conflits répétés avec eux, de même qu'avec les médecins, ne pourra qu'en diminuer le nombre. Et si la violence était opposée à la violence, une campagne antimutualiste pourra être entreprise, et plus de la moitié des Sociétés de Secours Mutuels sombreraient dans la lutte.

Il faut ensuite adopter les mesures suivantes :

I. Réunion contradictoire des deux Bureaux, mutualiste et pharmaceutique, ou à son défaut, envoi d'une lettre au conseil d'administration avec l'exposé des arguments.

II. Si le Conseil est intransigeant, organiser une conférence et convoquer les Mutualistes pour les éclairer sur ce qu'on attend d'eux, car leur conseil omettra de les renseigner exactement.

III. Répandre dans le milieu mutualiste lui-même, avec la lettre imprimée, une notice appropriée réfutant les Tarifs Pharmaceutiques insuffisants. Insérer aussi une protestation dans la presse locale. — Il sera de bonne guerre également de faire connaître aux mutualistes qui l'ignorent, l'opinion monstrueuse qu'ont leurs présidents et leurs conseillers du service médical et pharmaceutique à bas prix. Couramment, nous les entendons dire : « Quand nous sommes malades, vous pensez bien que nous n'allons ni chez le médecin ni chez le pharmacien de la Société ; ils sont trop bon marché pour cela ; ils ne nous inspirent aucune confiance ». Pour eux seulement cette théorie..... mais pas pour les sociétaires... Pauvres Mutualistes !

Enfin exposer aux Mutualistes que nous ne devons rien ; ils ne sont pas des indigents ni des assistés. Le Tarif normal devrait en toute justice leur être appliqué. Espèreraient-ils les mêmes avantages de leurs fournisseurs journaliers ? Donc, parce qu'ils le veulent bien, les pharmaciens consentent une réduction sur leur tarif local habituel. *Mais que jamais cette diminution ne dépasse 15 à 25 0/0* ! Enfin quand l'entente sera complète que les pharmaciens *signent* avec les mutualistes un *contrat de plusieurs années*, car tous les ans il faudrait renouveler la lutte. Je ne doute pas de la victoire pour les syndicats énergiques qui se conformeront rigoureusement à ces indications.

Nous avons dans le Corps Médical des exemples consolants. A Lyon, à une demande injustifiée, même insolente, de réduction de l'abonnement, les médecins, solidement groupés autour de leur syndicat, ont riposté en quadruplant le prix de leurs honoraires ; ils rétablirent le système de la visite à 2 fr. l'une. Et ils obligèrent ensuite les Sociétés à se lier pour cinq ans. En ce moment, les Syndicats médicaux répètent la même opération sur tout le territoire.

Ils renient le système de l'abonnement dont ils sont les dupes au plus grand profit des Sociétés. Pourquoi les Pharmaciens ne feraient-ils pas comme eux ? *Immédiatement il faut agir, car il est à craindre que les Mutualistes débordés ne donnent entière satisfaction au Corps Médical pour s'assurer sa neutralité et, se retournant contre nous, nous écraser définitivement.*

Bien des points resteraient encore à traiter, il n'y faut point songer dans le cadre d'un tel article.

Comment ramener la Mutualité à une plus saine appréciation des faits, et détruire les tendances actuelles. Pour nous qui avons sous les yeux les résultats des différentes sociétés, nous voyons que seules, celles donnant à leurs membres *des allocations en argent* et les laissant libres dans le choix de leur médecin et pharmacien, ont une situation éminemment prospère. Nous nous rallions à ce système qui rend la liberté au mutualiste, au médecin et au pharmacien. Cette cause triomphera tôt ou tard. *Ce sera la Mutualité dans la Liberté.*

Et si nous cherchons pourquoi ces Mutualités sont prospères, nous sommes édifiés ! Nous sommes en effet surpris de la différence énorme qui existe entre leurs frais médicaux et pharmaceutiques représentés en numéraire, et ceux des Sociétés voisines, différence allant quelquefois jusqu'aux 4/5.

L'on conçoit que, dans ce système, les mutualistes n'ayant qu'une somme déterminée à dépenser ne vont pas solliciter à la légère leur médecin, et ne le dérangent pas pour un mal insignifiant, grevant les Sociétés de Secours Mutuels de 40 à 50 fr. de frais médicaux, et de 200 fr. de frais pharmaceutiques, pour un seul individu et en quelques jours, comme certains exemples typiques le démontrent.

Il faut faire rentrer *la Mutualité dans la Mutualité*. Donc il faut prendre position dès maintenant, car la Mutualité subit à l'heure actuelle un véritable travail de réorganisation, comme me l'écrivait dernièrement M. Mabilleau, président de la grande Fédération, auquel je soumettais les doléances du Corps Pharmaceutique.

Nous savons pertinemment que certains autres dirigeants, non des moindres, n'approuvent pas les procédés scandaleux de certaines Sociétés. Ils comprennent les résistances légitimes qui se produisent, et craignent vivement les éclaboussures que les pseudo-mutualistes font rejaillir sur la Mutualité tout entière.

Dans un prochain travail intitulé : « *Mutualistes et Pharmaciens* », nous montrerons comment la Mutualité des Secours Mutuels, véritable Mutualité dès l'origine, mais reniant tous ses principes, est tombée d'abord dans l'Assistance, au grand détriment du contribuable, pour verser en suite dans l'Indigence et devenir ce qu'elle est aujourd'hui, *une informe caricature de la vraie Mutualité.*

E. Lafont, Pharmacien,
Pharmacie de l'Académie de médecine,
177, Boulevard St-Germain.

Post-Scriptum. — Des documents très intéressants qui me sont envoyés par M. Sermant, de Marseille, Président du Syndicat des Bouches-du-Rhône, et concernant les Pharmacies Mutualistes de là-bas, il ressort : 1° qu'elles ne font pas leurs frais ; 2° *qu'elles vendent à des tiers non-mutualistes* en violation de la loi ; 3° *qu'elles ne sont point soumises à la patente.*

Je dédie ces deux derniers faits à nos Fédérations Syndicales, espérant que l'on voudra bien effectuer les démarches nécessaires, et demander au Ministre des Finances, si ce sont les malheureux pharmaciens privés de clientèle qui seront seuls chargés de l'équilibre budgétaire le jour où il n'y aura plus que des Mutualistes.

Gratuitement, j'enverrai aux Syndicats qui m'en feront la demande quelques exemplaires de ma Brochure intitulée : « *Les Tarifs Médicaux et Pharmaceutiques. Réfutation des Tarifs Fantaisistes.* » En retour, je serai reconnaissant aux confrères qui m'aviseraient, par le détail, des procédés

scandaleux de certains sociétaires, allant solliciter de leur médecin des médicaments de prix élevés, et demandant à les troquer contre espèces. Ces abus, ainsi que de similaires, y compris la conduite de certains présidents et conseils politiciens seront les bienvenus et figureront dans mon prochain ouvrage.

(*La Pharmacie française*). E. L.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Un arbitrage intéressant le « Concours Médical ».

La Commission administrative de l'Association médicale d'un département de l'Ouest s'est réunie le 10 mars dernier et s'est constituée en jury d'honneur à la demande de deux sociétaires qui avaient jugé offensant pour eux un article paru dans le *Concours* du 13 février.

Contradictoirement avec les deux plaignants, se sont présentés, pour donner des explications, d'abord les deux confrères qui avaient pratiqué l'opération dont il a été parlé dans le n° 7 du journal, enfin le correspondant du *Concours* qui avait spontanément informé le bureau de l'Association qu'il prenait la responsabilité de la note parue dans cette feuille, note qui avait été encadrée par la rédaction d'un plaidoyer déontologique d'un ordre absolument général sous le titre: « *La confraternité pendant les luttes électorales.* »

Les faits allégués ont été examinés longuement au cours d'une discussion qui, de part et d'autre, fut vive et courtoise. Finalement, il est résulté pour la Commission administrative que la décision suivante convenait comme sentence arbitrale.

1° Les médecins visés dans l'article du *Concours* du 13 février l'ont été sans preuves et complètement à tort.

2° Le correspondant du journal a été de bonne foi.

3° L'insertion de ce jugement sera faite dans le Bulletin professionnel départemental.

4° Une demande sera adressée au *Concours médical* pour la publication de la présente communication rectificative sans qu'il soit fait mention de noms et de localités, l'article du 13 février n'ayant fait connaître ni noms de personne ni dénomination géographique quelconque.

Il convient d'ajouter que la Rédaction du *Concours* ayant été mise au courant des difficultés entre cinq confrères voisins suscitées par son article de déontologie, avait demandé à comparaître devant le jury d'honneur qui, à l'unanimité, a décidé qu'il n'y avait pas lieu d'accéder à cette demande, la loyauté et la bonne foi du journal ne pouvant faire doute pour personne.

Notes de jurisprudence du Sou Médical

Des abus de pouvoir des maires à l'égard des médecins.

La Chambre des requêtes de la Cour de Cassation vient de rendre dans une affaire que soutenait le « Sou Médical », dans l'intérêt de la défense professionnelle, contre un maire coupable d'actes arbitraires à l'égard d'un de ses membres, un arrêt qui a soulevé parmi les médecins une légitime émotion. En voici le texte :

Cour de Cassation — Chambre des Requêtes
26 *janvier* 1904

La Cour,

Ouï M. le Conseiller George-Lemaire en son rapport, Mᵉ Mornard, avocat du pourvoi en ses observations et M. l'avocat-général Feuilloley en ses conclusions ;

Sur le moyen unique du pourvoi :

Attendu que le docteur Vauriot s'étant fait porter sur la liste des médecins inscrits pour le service médical de nuit de la ville de Nîmes, le Maire de cette ville donna aux agents de la police municipale l'ordre de ne plus le requérir à l'avenir et qu'à raison de ce fait le docteur l'a assigné devant le Tribunal Civil en paiement de dommages-intérêts ;

Attendu que le maire, obligé par la nature même de ses fonctions de veiller à l'hygiène et à l'assistance dans la commune et aussi de surveiller l'emploi des fonds de la caisse municipale destinés à indemniser, le cas échéant, les médecins requis, avait le droit de donner aux agents municipaux des instructions en vue de ce service ; qu'en donnant l'ordre ci-dessus rappelé, le défendeur éventuel a agi en sa qualité de maire, pour l'administration de la ville et a ainsi accompli un acte administratif; qu'on ne lui impute aucun fait personnel distinct de cet acte et s'en détachant ;

Que, dans ces conditions, c'est à bon droit que la Cour d'appel a déclaré l'autorité judiciaire incompétente pour statuer sur la demande de dommages-intérêts formée par le docteur Vauriot contre le maire de Nîmes; que cette décision, régulièrement motivée, ne viole pas les articles de loi visés au pourvoi ;

Pour ces motifs,

Rejette la requête.

De nombreux membres du Corps médical nous ont écrit, en lisant le résumé de cet arrêt dans les journaux, pour nous exprimer leurs inquiétudes. Quelle est la portée de cette décision, nous demandent-ils, et est-il possible que la Cour suprême ait abandonné à ce point les médecins aux actes arbitraires de MM. les Maires, qui sont trop souvent enclins à abuser de leurs pouvoirs, pour satisfaire, soit des haines politiques, soit des sentiments d'animosité personnelle ?

Pour expliquer la portée de l'arrêt, il nous faut d'abord exposer les faits aussi brièvement que possible.

Dans la ville de Nîmes, il existe un double service : 1° le « service de nuit », pour les malades indigents ou non, qui ont besoin la nuit des secours d'un médecin ; 2° « le service d'urgence », pour les constatations médicales et les soins à donner dans tous les cas de mort violente, suicides, accidents etc...

Le service de nuit est réglementé par un arrêté du Maire en date du 3 janvier 1891, comprenant les deux articles suivants: Art 3. « La liste des médecins, pharmaciens, sages-femmes qui auront consenti à déférer aux réquisitions qui leur seront adressées dans la nuit sera portée à la connaissance du public et déposée dans les bureaux de M. le Commissaire central à la Mairie. » Art. 4 « Toute personne qui aura besoin de recourir à l'assistance médicale durant la nuit devra se rendre au commissariat central à la Mairie ; *elle choisira le médecin dont elle réclame les soins* ».

D'autres articles fixent le montant des honoraires à payer aux médecins et stipulent qu'ils ne leur seront versés par la ville qu'à titre d'avance, en cas de solvabilité reconnue de la personne visitée ou soignée.

Le service d'urgence n'est réglementé par aucun arrêté, mais les médecins qui sont disposés à déférer aux réquisitions se font inscrire à la Mairie. Le tableau portant le nom de ces médecins est déposé dans chaque commissariat de police.

Le 7 septembre 1900, M. C.., maire de Nîmes, fit passer aux commissaires de police une note « très confidentielle », ainsi conçue : « Par ordre de l'administration, MM. les Commissaires de police devront s'abstenir à dater de ce jour de requérir M. le Dr V.., pour les services de la Ville ». L'un des commissaires fit afficher cette note dans son commissariat et c'est par suite de cette circonstance que le médecin visé put faire dresser un constat par un huissier.

Le Dr V., prétendant que, par cet ordre destiné à rester secret et susceptible de lui porter préjudice, le Maire, — un confrère, — avait voulu satisfaire une vengeance personnelle, demanda au « Sou Médical » son appui pécunaire pour intenter contre M. C..une action en dommages-intérêts. Le « Sou Médical », après avoir pris connaissance d'une correspondance échangée entre les parties et paraissant démontrer l'existence du mobile allégué par M. V..., accorda son appui à ce dernier afin de faire trancher la question de principe, si intéressante pour l'indépendance et la dignité du corps médical, qui se posait dans l'espèce. Après étude approfondie de la question de compétence, il fut décidé de saisir la juridiction civile d'une action en dommages-intérêts.

Le Maire, comme tous les détenteurs d'une parcelle de l'autorité en semblable occurrence, eut recours à la fuite dans le fameux maquis de la procédure, suivant une expression émanée d'un magistrat. Il soutint que son acte étant un acte administratif, les tribunaux civils n'avaient pas compétence pour l'apprécier.

Le tribunal de Nîmes, par jugement du 25 mars 1901, admit cette exception. Appel fut interjeté avec l'appui du « Sou Médical », et devant la Cour de Nîmes, le Préfet du Gard vint au secours du Maire, en intervenant pour proposer aussi le déclinatoire d'incompétence.

La Cour de Nimes, par un arrêt du 4 novembre 1901, confirma le jugement du tribunal.

Un pourvoi en cassation fut formé par le Dr V..., toujours avec l'appui énergique du « Sou Médical » et c'est le rejet de ce pourvoi qui vient d'être effectué par l'arrêt que nous venons de transcrire.

Cette décision ne statue que sur une question de compétence et ne ferme pas la porte à toute action en justice pour le médecin, victime d'un abus de pouvoir. Il reste encore le recours au Conseil d'Etat et si, par hypothèse, cette dernière juridiction se déclarait aussi incompétente dans l'affaire, il resterait encore à saisir de la question le tribunal des conflits.

En tous cas, le « Sou Médical » a décidé de donner son appui au Dr V..., pour porter sa réclamation devant le Conseil d'État. La question en litige est trop grande pour les membres du corps médical, pour que cette société de défense professionnelle ne soutienne pas le Dr V..., jusqu'à la dernière étape de la longue route au bout de laquelle il obtiendra peut être justice. Il importe, en effet, au corps médical tout entier qu'il ne soit pas jugé qu'un maire peut se permettre de violer les réglementations existantes, auxquelles il est obligé de se conformer tout le premier, tant qu'elles n'ont pas été régulièrement modifiées, et ce, en donnant l'ordre occulte à des agents de n'en pas tenir compte à l'égard d'un médecin déterminé. Il importe aussi à l'ordre public qu'un maire ne puisse pas entraver, par des ordres secrets, l'exercice du droit reconnu à ses administrés, par la réglementation existante, de choisir leur médecin lorsqu'ils font appel au service de nuit.

Sur la question de compétence, nous avons été vaincus, mais non pas convaincus, par l'arrêt de la Cour de cassation. Il est d'ailleurs en formelle contradiction avec nombre de décisions de la même juridiction et du tribunal des conflits. Il ne suffit pas, en effet, pour que l'acte d'un fonctionnaire public soit un acte administratif, qu'il rentre dans ses attributions. Il faut encore que ce soit un acte que la loi ou la règlementation constante l'autorise à faire et lorsque cet acte, accompli en violation des lois ou règlements, est dirigé contre une personne déterminée, il contient bien la faute personnelle d'où découle la responsabilité civile.

C'est ainsi que la Cour de cassation elle-même avait jugé, le 4 août 1880 (Dalloz, 1880, I.451), qu'un maire, dans les attributions duquel rentrent pourtant la police des cimetières et le soin d'assurer l'ordre public ou la sécurité des habitants, n'accomplit pas un acte administratif lorsqu'il prend des mesures pour interdire l'entrée par la porte du cimetière d'un corps devant être inhumé civilement et qui ont rendu nécessaire l'ouverture d'une brèche pour y faire passer le cercueil.

C'est ainsi que le tribunal des conflits, le 20 janvier 1900, a jugé que le maire d'une commune qui a empêché un habitant de consulter le plan cadastral, ne saurait prétendre qu'en retirant audit habitant le plan qu'il avait interdit au secrétaire de mairie de communiquer sans son autorisation préalable, il a pris une mesure rentrant dans ses attributions de maire, chargé d'assurer la conservation des archives communales, et qu'une telle intervention n'a pas le caractère d'acte administratif.

Si l'on voulait citer toutes les décisions desquelles se dégagent des règles qui sont en contradiction formelle avec la solution donnée à l'affaire actuelle, il faudrait tout un volume.

Mais il n'est pas niable que, dans l'ensemble de la jurisprudence, apparaît une grande confusion. Et la cause de cette confusion est la préoccupation dominante, auprès des magistrats de tout ordre, d'assurer à l'administration et aux fonctionnaires publics le maximum d'irresponsabilité. Le contribuable qui s'attaque à ces sacro-saints fonctionnaires, détenteurs d'une parcelle d'autorité, qui pourtant émane de l'ensemble des contribuables, se voit repousser, comme un gêneur, de toutes les portes des prétoires. Des tribunaux civils, on le renvoie aux juridictions administratives, lesquelles se refusent elles-mêmes parfois à entendre ses réclamations. Et c'est ainsi qu'on a dû créer une nouvelle juridiction, le tribunal des conflits, pour décider entre ces diverses juridictions, qui ne veulent pas juger, quelle est celle qui, en fin de compte, doit ouvrir ses portes à l'infortuné citoyen. Pendant toutes ces procédures, les années s'écoulent, les circonstances et le temps font leur œuvre et le fonctionnaire coupable bénéficie le plus souvent d'une impunité due à la lassitude ou à l'insuffisance des ressources du plaideur.

Cette situation constitue — ne craignons pas de le dire — *un véritable scandale*. Certes, ce n'est pas là le régime que le Législateur a voulu établir. Mais, depuis la Révolution, si l'on étudie l'histoire de la législation et de la jurisprudence on s'aperçoit que la plupart des concessions du législateur restituant aux individus quelques-uns de leurs droits contre l'Etat, idole et tyran, ont été reprises peu à peu en sous-main, que ces droits qui figurent toujours, pour la montre, dans l'arsenal de nos Codes, ont été souvent à peu près abolis en fait, par suite d'interprétations arbitraires des lois.

Lorsque, le 22 frimaire an VIII, fut promulguée la constitution de la République française, issue de la collaboration orageuse de Sieyès et de Bonaparte, la responsabilité des fonctionnaires publics fut proclamée dans un art.75 ainsi conçu : « Les agents du gouvernement, autres que les Ministres, ne peuvent être poursuivis, pour des faits relatifs à leurs fonctions, qu'en vertu d'une décision du Conseil d'Etat ; en ce cas, la poursuite a lieu devant les tribunaux ordinaires. » Le principe était reconnu, mais une restriction était apportée à l'exercice de l'action des citoyens. Après la révolution du quatre septembre, un des premiers actes du Gouvernement de la Défense nationale fut de faire disparaître cette entrave. Le Décret du 19 septembre 1870 ne

comprend que deux articles dont le premier est ainsi libellé : « L'art. 75 de la Constitution de l'an VIII est abrogé. — Sont également abrogées toutes autres dispositions des lois générales ou spéciales ayant pour objet d'entraver les poursuites dirigées contre les fonctionnaires publics de tout ordre. — Il semble qu'après cette disposition, inspirée d'une pensée de liberté et de protection des droits de l'individu, chaque personne,lésée par l'acte illégal d'un fonctionnaire, pourra obtenir sans trop de difficultés les réparations qui lui sont dues. N'y comptez pas. Après le législateur, intervient le juge, interprète plus ou moins libéral des lois de progrès. Sans doute, quand le fonctionnaire accomplit un *acte légal*, sa responsabilité personnelle ne peut être engagée. Lorsque des intérêts légitimes sont lésés, c'est l'administration (Etat, département ou commune) au nom de laquelle il agit, qui peut être responsable. Mais faudra-t-il s'adresser aux tribunaux administratifs, créés pour connaître des actes de l'administration ou aux tribunaux ordinaires ? C'est alors que se dresse, comme une barrière hérissée de pointes acérées, en face du citoyen qui n'a pas le tempérament du chien couchant, le grand principe de la séparation des pouvoirs inscrit dans les lois des 16-24 août 1790 et le décret du 16 fructidor an III, aux termes duquel il est fait défense aux tribunaux de l'ordre judiciaire de connaître des actes d'administration.

Comment concilie-t-on la liberté de poursuite dirigée contre le fonctionnaire avec la défense faite aux tribunaux de connaître des actes d'administration ? La jurisprudence distingue si le fait à l'occasion duquel le fonctionnaire est poursuivi est un acte *personnel* ou un acte *de l'autorité administrative*. Pour l'acte personnel qui engage la responsabilité privée de l'agent,l'autorité judiciaire est compétente; s'il s'agit au contraire d'un acte administratif proprement dit, le tribunal est incompétent pour en connaître. L'application de cette règle donne lieu aux plus grandes difficultés et la jurisprudence présente une incohérence invraisemblable. Les tribunaux ordinaires craignant d'empiéter sur les droits du pouvoir administratif et, enclins aussi à amnistier tous les actes des fonctionnaires et agents de tout ordre, ne peuvent que rarement apercevoir la faute personnelle du fonctionnaire dans les actes de fonction. Les décisions rendues dans l'affaire que nous rapportons sont de beaux exemples de cette cécité involontaire et intermittente de l'autorité judiciaire.

Aussi est-ce le tribunal des conflits qui se charge fréquemment de rappeler l'autorité judiciaire à une conscience plus juste de ses droits et de ses devoirs.

Car, parfois, après que l'autorité judiciaire s'est déclarée incompétente, la juridiction administrative se refuse aussi à connaître du litige. C'est la situation de la célèbre comédie de Courteline qui se joue aux dépens du malheureux plaideur, renvoyé d'un prétoire à un autre. S'il ne perd pas patience avant, il finit, pour faire cesser le jeu de raquette, par s'adresser à ce tribunal des conflits qui est le juge des juges récalcitrants et décide quel est celui d'entre eux qui devra accomplir sa fonction.

En ces dernières années, la jurisprudence de ce tribunal a eu à s'affirmer dans une espèce où les tribunaux ordinaires et les tribunaux administratifs refusaient leur office à qui mieux mieux. M. Souhet, maire de Firminy (Loire), avait fait expulser de l'abattoir municipal M. Grossan, tripier, et son personnel, puis avait pris un arrêté le 31 août 1894 à l'égard de M. Grossan pour régulariser cette expulsion. Cet arrêté fut annulé par le Conseil d'Etat le 2 juillet 1897. Mais, antérieurement, M. Grossan avait assigné en dommages-intérêts M. Souhet devant le tribunal de Saint-Etienne, qui par jugement du 8 juin 1895 s'était déclaré incompétent. Il actionna, alors, devant le Conseil d'Etat, M. Souhet et la commune, comme responsable des actes de son maire, et le Conseil d'Etat, par décision du 2 janvier 1902, se déclara aussi incompétent. Il fallut aller devant le tribunal des conflits qui, le 8 novembre 1902, décida que le jugement d'incompétence du tribunal de Saint-Etienne était non avenu et renvoya les parties devant ce tribunal.

Pour un plaideur isolé et qui serait réduit à ses propres ressources à l'effet de parcourir ainsi tous les échelons de l'organisation judiciaire, se faire rendre justice serait à peu près impossible, ou tout au moins tellement onéreux qu'il devrait y renoncer, sous peine de subir par les frais du procès un préjudice aussi grave que celui dont il poursuit la réparation. Mais puisque la complexité de notre organisation judiciaire et les complications de la jurisprudence semblent combinées pour assurer l'impunité aux fonctionnaires coupables d'abus de pouvoir, c'est aux groupes de défense professionnelle,comme le « Sou médical », qu'il appartient de soutenir la lutte. Il faut de la patience : il en aura. Et comme il a, de plus, le nerf de la guerre et des luttes judiciaires,espérons que le bon droit finira quelque jour par triompher.

G. Gatineau, avocat à la Cour d'appel.
Conseil du « Sou Médical ».

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

et la réclame charlatanesque

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,

Je vous envoie pour ajouter à votre collection l'originale réclame d'un journal de la région qui s'imprime à Epinal, *Le Mémorial des Vosges*, et compte pas mal de lecteurs.

Je ne pense pas que le Monsieur en question ait une grande clientèle ; aussi vous l'envoyai-je plutôt à cause du genre de réclame.

Les autres annonces du même genre que ce journal reproduit se trouvent être la copie de celles que l'on rencontre aux 4e pages des journaux de Paris, ce pourquoi j'ai pensé inutile de vous envoyer ces idioties.

M. Loubet à Saint-Dié

Pour donner satisfaction aux personnes habitant Remiremont et Saint-Dié qui, le 5 et le 6 mars courant, n'ont pu se rendre à Epinal, M. le professeur Loubet, Dr de l'Institut qui porte son nom, 41, rue de Rochechouart, Paris, auteur d'un traitement nouveau pour la guérison du bégaiment et de toutes les maladies de la parole en général, donnera des consultations à cet effet dans ces deux villes et dans l'ordre suivant :

A **Remiremont**, *Hôtel de la Poste*, le samedi 19 courant ;

A **Saint-Dié**, *Grand-Hôtel de la Poste*, le dimanche 20 courant.

On sait que la méthode Loubet n'a absolument rien de commun avec tous les systèmes mécaniques employés jusqu'à ce jour, par tel spécialiste, pour la cure du bégaiement.

On sait également que l'éminent praticien garantit la guérison complète et radicale des malades qui suivent son traitement rationnel.

En terminant, nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt de porter à la connaissance des déshérités de la nature que le maître ne con-

sent à recevoir le prix de la cure (prix fixé le jour de la consultation) qu'après un complet succès.

De semblables conditions se passent de commentaires.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès de climatothérapie de Nice. — Le « Concours médical » y sera représenté par M. le Dr Louis Gassot, médecin adjoint du sanatorium Malibran à Gorbio près Menton. La plupart de nos adhérents de Nice, notamment M. le Dr Gruzu, rue Lépante, se sont également mis à la disposition des confrères qui voudraient être guidés ou renseignés au cours de leur séjour à Nice.

Clinique Apostoli-Laquerrière. — MM. Laquerrière et Delherm commenceront, le mardi 5 avril, une série de 12 conférences pratiques d'électrothérapie.

Programme : I-II, Electrophysique et appareils. — III, Electrophysiologie. — IV-V, Gynécologie. — VI-VII, Tube digestif. — VIII-IX, Maladies nerveuses. — X, Dermatoses. — XI, Maladies de la nutrition. — XII, Applications diverses (voies urinaires, affections articulaires, etc.)

Le prix de la série est de 50 fr.

S'adresser : à la clinique, 15, rue de Montmartre, les mardi, jeudi, samedi, de 3 à 6 heures.

Société fraternelle du « Caducée ». — Nous rappelons qu'à l'occasion du Congrès de climatologie et d'hygiène urbaine qui se tiendra à Nice dans la semaine de Pâques, il y aura dans cette ville une réunion spéciale de la Fraternelle. Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Baradat, Villa Denise, Cannes.

Une autre réunion spéciale aura lieu à Paris le samedi 14 mai, et le président, le prof. Lacassagne, y assistera. Elle sera suivie d'un banquet. Prière d'envoyer les adhésions au Dr Dedet, 8, square du Croisic, à Paris.

Nous engageons vivement tous les camarades qui le pourront, à prendre part à ces réunions régionales, prévues par l'art 9 *bis* de nos statuts ; elles sont en quelque sorte, des réunions préparatoires de l'Assemblée générale, et on y discutera des questions très importantes pour la Fraternelle.

Hommage au Professeur Cornil. — Les élèves et les amis du professeur Cornil lui ont offert, à l'occasion de sa retraite comme médecin des hôpitaux et de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur, une plaquette en or, œuvre du sculpteur Pillet ; celle-ci représente d'un côté le buste du maître, et à l'avers une gracieuse figure de femme symbolisant la science histologique, avec, dans le lointain, la silhouette de l'Hôtel-Dieu.

Un banquet a réuni les 200 souscripteurs au Grand-Hôtel, sous la présidence du professeur Debove, doyen de la Faculté. Des discours ont été prononcés par MM. Debove, Franck-Chauveau, Berger, Legry, Bar, Merklen, etc. Le professeur Cornil, profondément ému, a remercié en quelques paroles couvertes par les applaudissements.

Visite des hôpitaux de Londres. — Au mois d'octobre prochain, un certain nombre de médecins français pourront visiter les hôpitaux de Londres, sous la conduite du Dr Klefstadt-Sillonville.

L'excursion durera cinq jours. Des réductions sur le trajet et le séjour à Londres sont d'avance assurées aux membres de la caravane de sorte que la dépense totale ne dépassera pas 200 francs.

Le nombre des excursionnistes devant être limité prière d'envoyer dès à présent son adhésion ainsi que toute demande de renseignements complémentaires à M. le Dr Klefstad-Sillonville (Aix-les-Bains).

Le recrutement des malades de la Clinique des Quinze-vingts. — Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, vient, à la date du 1er mars 1904, d'adresser aux Préfets la circulaire suivante :

A la suite de la création, en 1881, de la clinique nationale ophtalmologique annexée à l'hospice des Quinze-Vingts, plusieurs Conseils généraux et plusieurs villes ont voté des crédits destinés à subvenir aux frais de voyage à Paris et de traitement à la Clinique, de personnes atteintes d'affection de la vue dont les ressources personnelles sont insuffisantes.

Depuis que la Clinique nationale a été fondée à Paris, il en a été créé dans différentes villes qui sont aujourd'hui siège de Faculté de médecine, à Bordeaux, à Lyon, à Montpellier, à Nancy, à Toulouse et à Lille.

Il semble qu'il convienne de faire connaître à ces Conseils généraux et à ces villes l'existence de ces cliniques locales. Celles-ci présentent pour les malades qui y sont traités toutes les garanties souhaitables ; s'adresser à elles diminuerait beaucoup les frais de déplacement, ce qui serait tout à l'avantage des intéressés aussi bien que des finances départementales et communales.

Le ministre de l'Intérieur. — Pour le ministre : Le Conseiller d'Etat, Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques : MONOD.

Vœux de la Société des Bureaux de bienfaisance de Paris. — Ils ont été émis ces jours-ci sur la proposition de M. le Dr Rotillon et sont ainsi conçus :

1° La Société des Bureaux de Bienfaisance de Paris émet le vœu que les fonctions de Médecin inspecteur des Ecoles soient compatibles avec celle de Médecin du service de l'Assistance médicale à domicile. (*Adopté.*)

2° La Société des Bureaux de Bienfaisance de Paris émet le vœu qu'à l'occasion de chaque place, devenue vacante dans un arrondissement, de Medecin inspecteur des Ecoles, la Société en soit informée et puisse intervenir auprès de la municipalité et de la délégation cantonale. (*Adopté.*)

Ces vœux seront portés à la connaissance de M. le directeur de l'Assistance publique de Paris.

Corps de santé militaire. — Sont nommés, *au grade de médecin aide-major de 2e classe* : MM. les Drs Andrieu, Bailly, Barberousse, Bellot, Bergès, Berlon, Billet, Blanchet, Bonnet, Carayon, Carpanetti, Castres, Cellerier, Chadnc, Charpentier, Chaufour, Clarion, Colin, Cot, Couraud, Crémadells, Cuisinier, Dabat, Dargein, Dayman, Démonet, Déniau, Dennery, Diénot, Dornier, Dumoulin, Dupont, Fontan, Fourcade, Fournier, Frizac, de Gaulejac, Giraud, Goursolas, Grenier, Jacquinot, Jeannin, Jeanty. Joseph dit Orme, Klisozwski, Landret, Lévy, Liberge, Leygue, Lutrot, Madranges, Mairesse, Maisonnave, Mallard, Mallet, Marabuech, Martinet, Mathieu, Michel, Monéry, Montet, Morisol, Morisson, Moureaux, Mulier, Péchiné, Peyre, Pierrot, Pinat, Policard, Rabaioye, Rapp, Raynaud, Revel, Robert, Roue, Schickelé, Schneiden, Ségui, Seigneurin, Sergeant, Tournade, Touzet, Trollal, Valette, Vielle et Vittenet, élèves à l'Ecole d'application du service de santé militaire.

Faculté et Hôpitaux.

— M. Lermoyez, médecin des Hôpitaux, chef du service d'oto-rhino-laryngologie de Saint-Antoine, avec le concours de MM. Bourgeois et Bellin, assistants, commencera, le 20 avril 1904, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique. Ce cours aura lieu tous les matins à 8 1/2 et sera complet en 30 leçons.

Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année | N° 14 | 2 AVRIL 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Caisse des Pensions de Retraite du Corps Médical Français

Nous appelons toute l'attention de nos lecteurs et de nos confrères, en général, sur l'étude des améliorations ci-dessous proposées pour la première œuvre de prévoyance du « Concours Médical » créée en 1884 afin d'assurer des pensions de droit aux médecins qui ne dédaignent pas de songer à leurs vieux jours.

Dans des articles de journaux, dans les assemblées générales de l'Association des médecins de France, dans les réunions de certaines sociétés locales, des confrères amis de la prévoyance, MM. Smester et Janicot notamment, ont élevé de vives critiques contre le principe d'assurance mutuelle à capital *aliéné* qui fut adopté exclusivement à la création de la Caisse, afin de rendre les primes plus légères et la participation moins onéreuse.

Il importe peu que ces critiques aient parfois été basées sur des argumente erronés : le Conseil de direction de la Caisse des Pensions n'en a jamais voulu retenir que le côté juste, c'est-à-dire l'hésitation légitime du médecin à verser des primes formant un total de plusieurs milliers de francs, qui, en cas de décès avant l'âge de la retraite, seraient perdus pour les siens.

L'œuvre a grandi et prospéré rapidement comme toutes les autres créations du « Concours Médical »; elle a désormais acquis la sécurité par les garanties du nombre et des réserves effectuées; elle a conquis dernièrement le patronage de l'Association générale. qui s'est fait l'auxiliaire des prévoyants en leur promettant de les aider le jour où leur effort individuel serait impossible. Le moment est venu d'améliorer, de perfectionner, sans risques à courir. Après avoir quelque peu réfréné les impatiences des camarades, le Comité-Directeur est heureux de leur donner satisfaction par la présentation d'un projet ferme qui sera soumis à l'Assemblée générale des Sociétaires le 16 avril prochain, et sur lequel nous appelons au plus vite les observations.

Le Comité-Directeur de la Caisse des Pensions.

Réunion du Comité directeur :
Le Samedi, 16 avril, de 2 h. à 4 h.
Réunion des Censeurs :
Le Dimanche. 17 avril, à 9 h. du matin.
Assemblée générale des adhérents :
Le Dimanche, 17 avril, à 10 h. du matin.

ORDRE DU JOUR DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE :

1° Lecture et approbation du compte-rendu de l'Assemblée générale de 1903 ;
2° Compte rendu de M. le Secrétaire général pour l'année 1904 ;
3° Compte rendu de M. le Trésorier Verdalle ;
4° Rapport de M. Fleury, actuaire de la Société;
5° Discussions et vote sur les propositions suivantes :
I. Tarifs de contre-assurance ;
II. Nouveaux tarifs pour les primes ordinaires ;
III. Combinaison avec la Société « l'Amicale ».
6° Lecture du rapport des censeurs. — Approbation des comptes ;
7° Nomination d'un trésorier, d'un secrétaire, de 3 censeurs, (tous les membres sortants sont rééligibles) ;
8° Vote sur les pensions à servir en 1904 ;
9° Vote sur l'admission des nouveaux adhérents (1903-1904).

Dr DELEFOSSE.

Conformément au vœu des dernières assemblées générales, nous publions d'avance tous les documents qui peuvent éclairer les sociétaires.

Rapport de M. le Dr Verdalle, trésorier.

Messieurs et chers collègues,

La Caisse des pensions de retraite du corps médical français salue à l'aurore de sa vingt-et-unième année son premier million ! Votre trésorier qui a tracé la première ligne de votre livre de caisse et inscrit le premier chiffre, est « heureux et fier » de saluer aujourd'hui ce respectable total, qu'il justifie par la présentation du bilan ci-dessous.

Bilan au 31 décembre 1903.

Caisse	6.162.19
Obligations communales 1879	7.999.40
Obligations du chemin de fer du Midi	130.080.02
Rente 3 % française amortissable	133.582.25
Obligations foncières 1883	44.165 »
— communales 1886-1892	23.375 »
— du chemin de fer d'Orléans	45.142.75
— foncières 1879	9.408 »
— du chemin de fer Paris-Lyon-Méditerranée (fusion ancienne)	94.822.10
Obligations ville de Paris, 1896	18.734.27
— du chemin de fer de l'Est (nouvelles)	22.550 »
Obligations de la Banque Hypothécaire de France (1881)	30.932.60
Obligations de la Banque Hypothécaire de France (1880)	268.348.25
Rente 3 % française	134.733.65
Total	970.035.58

Au 31 décembre dernier il nous manquait une trentaine de mille francs pour arriver au million ; nous avons encaissé depuis une soixantaine de mille francs ; en dépit de la guerre russo-japonaise et des paniques de la Bourse, j'ai donc le droit d'annoncer ce million et j'ai l'honneur de vous le présenter.

J'ai sous les yeux, en écrivant ce rapport, cette première ligne de mon premier livre de caisse, Messieurs, et je lis : don du Concours Médical, envoi du Dr Cézilly : mille francs; et sur la seconde : cotisation du Dr Cézilly.... ; cette année j'ai eu la triste obligation de rayer ce nom, ce nom d'un homme intelligent, actif, dévoué, qui reste attaché à la création de la Caisse de retraite.

Cézilly a été notre premier souscripteur, notre premier donateur ; c'est à ses efforts et à son aide puissante que la Caisse de retraite doit sa fondation. C'est à son infatigable propagande qu'elle doit son succès ; ce nom doit être inscrit en lettres d'or dans nos annales.

L'histoire de la Caisse de retraite pendant l'exercice 1903 ne nous offre, Messieurs, rien de saillant ; notre œuvre a vécu sa vie normale.

Le tableau suivant donne le résumé des opérations de caisse :

Situation au 31 décembre 1903.

RECETTES.	
Caisse au 1er janvier 1903	5.126.32
Cotisations encaissées en 1903	73.516.35
Revenus du portefeuille	26.746.57
Remboursem. de valeurs du portefeuille	5.947.95
Profits et pertes	8 »
Total	111.345.19
DÉPENSES.	
Achat de valeurs	63.774,15
Paiement des retraites	36.675 »
Frais généraux	4.733.85
En caisse au 31 décembre 1903	6.162.19
Total égal	111 345.19

L'étude de ce tableau montre en bloc que nos revenus s'élèvent à cent mille francs environ (l'amortissement ou remboursement des valeurs ne doit pas entrer en ligne de compte) et nos dépenses à 36.000 environ ; ce qui nous permet de placer tous les ans une soixantaine de mille francs.

Nous avons acheté en 1903 :

Une obligation de la Banque hypothécaire de France 1880, en remploi d'une obligation sortie au tirage et remboursée à mille francs	587.75
Dix-neuf cent cinquante francs de rente française 3 %	63.186.40
Total	63.774.15

Ont été remboursées, par suite d'amortissement, les valeurs suivantes :

Trois obligations du Midi	1.474.35
Une obligation Banque hypothécaire 1880	977.10
105 fr. de rente 3 % amortissable	3.496.50
Total	5.947.95

L'achat de valeurs constitue notre plus grosse dépense. Je viens d'en donner le détail.

Le paiement des retraites a absorbé une somme de 36.675 francs ; le tableau ci-dessous en donne le détail:

Tableau des retraites.

MM.		Report	19.692 50
A	600 fr.	Madame L	600
B	1200	L	600
B	1200	L	325
B	1200	L	2400
B	600	M	1200
Madame B	600	M	600
B	244	M	600
B	1200	M	1200
C	2400	M	1200
Madame C	1200	O	1200
C	195	P	600
D	483	R	109 50
F	1200	Nouvelles re-	
G	1200	traites en 1903:	
G	464 50	MM.	
G	260	G	225 50
H	1200	M	1127 50
J	2400	R	195
L	1246	J	2400
L	600	Madame G	2400
A reporter	19.692 50	Total	36.675.00

La mort nous a enlevé en 1903 trois de nos retraités, l'un inscrit pour une retraite de 195 fr., l'autre pour une retraite de 2.400 francs, le troisième pour une retraite de 1.200 francs.

Ils seront remplacés cette année par quatre nouveaux qui absorberont, à eux quatre, une somme d'environ 3.000 francs.

Dix-sept adhérents nouveaux se sont inscrits pendant l'exercice 1903 et ont versé un total de 7.793 fr.

L'exercice actuel s'ouvre donc avec la perspective d'une augmentation assez notable des recettes (cotisations et revenus) sans augmentation des charges; soit une dizaine de mille francs de recettes en plus.

Le tableau ci-dessous des profits et pertes vous donne, en même temps que le nombre des titres du portefeuille, les variations subies par ces titres, d'un inventaire à l'autre, soit entre le 31 décembre 1902 et le 31 décembre 1903 (cours de la bourse de Paris). La valeur totale est donnée dans le bilan.

Profits et pertes (exercice 1903).

Pertes à divers, pour moins-values sur les valeurs du portefeuille, calculées sur la différence des cours à la Bourse de Paris, entre les cours du 31 décembre 1903 et ceux du 31 décembre 1902.

Sur rente 3 % (2.220 fr. de rente) moins-value : 2.20	2.146 »
Sur 3.990 fr. de rente 3 % amortissable (1 fr. 75)	2.327 50
Sur 100 oblig. fonc. 1883 (14 fr.)	1.400 »
Sur 17 oblig. commun. 1879. (17)	187 »
Sur 50 oblig. commun. 1892 (10.50)	525 »
Sur 216 oblig. Midi anc. (18.25)	3.942 »
Sur 80 oblig. Midi nouv. (19.75)	1.580 »

Sur 212 oblig. Paris-Lyon, fus. anc. (16.25)	3.445 »	
Sur 50 oblig. Est, nouv. (14.75)	737 50	
Sur 99 oblig. Orléans (14.75)	1.460 25	
Sur 49 oblig. ville de Paris, 1896 (4 fr)	196 »	
Sur 70 oblig. banque hypoth. 1881 (18 75)	962 50	
Sur 478 oblig. banque hypoth. 1880 (18 fr.)	8.604 »	
		27.512.75
à frais généraux		4.733.85
Total du débit		32.246.60
Excédent disponible des recettes (versé tout entier au compte « Capital »		31.389.32
Total égal		63.635.92

Profits par divers comptes : coupons et intérêts encaissés :

3 % amortissable	4.042.50	
Comm. 1879	212.16	
Rente 3 %	1.965 »	
Foncières 1883	720 »	
communales 1892	624 »	
foncières 1879	288 »	
Midi, anc	3.110.40	
Midi, nouv	1.152 »	
Ville de Paris, 1896	470.40	
Paris-Lyon	3.052.80	
Est	720 »	
Orléans	2.183.40	
Banque hypothécaire 1881	1.008 »	
— — 1880	7.242.91	
		26.746.57
Par oblig. fonc. 1879, plus-value sur 20 oblig. (2 fr.)		40 »
Par Caisse des pensions, la partie disponible des recettes à ce compte au 31 décembre 1903, c'est-à-dire la différence entre les dons et cotisations encaissées et les retraites payées.		36 849.35
Total égal		63.635.92

L'Association générale, en vertu de l'accord passé entre elle et la Caisse de retraite, nous a versé deux cotisations :

Pour cotisation de Madame veuve S	100 »
Pour cotisation de Madame veuve L	50 »

Soit la grosse somme de cent cinquante francs ! Il ne vaut pas la peine, vous le voyez, de crier à la dilapidation et de prévoir la ruine de notre grande Association de secours mutuels.

D'autant plus que ces avances seront ou pourront être remboursées par les bénéficiaires.

Telle est, Messieurs et chers collègues, l'histoire financière de la caisse de retraite pour l'exercice 1903. Elle est, vous le voyez, aussi simple que possible. Tout porte à croire qu'elle conservera indéfiniment ce caractère très rassurant de simplicité.

Votre trésorier continuera, vous pouvez en être assurés, à gérer votre fortune avec le même zèle pendant la troisième décade qui s'ouvre ; vous pouvez compter sur toute sa bonne volonté.

Mais voulez-vous lui permettre une petite observation sur le service des encaissements ? Il se croit en devoir de vous demander en grâce de l'aider à simplifier ce service autant que possible.

Et tout d'abord, quand, pour la bonne règle, il vous envoie un avis vous informant que l'heure du versement va sonner, il vous serait très reconnaissant de vous conformer très exactement à ses recommandations : c'est-à-dire lui répondre dans le délai voulu fixé par la circulaire et l'informer si vous devez faire ce versement de vous-mêmes.

Si, comme cela arrive trop souvent, vous négligez de lui répondre, et que vous versiez après l'époque fixée, votre envoi se croise avec la traite qu'il a bien été forcé de donner à l'encaissement quelques jours à l'avance et ce sont des retours onéreux qui font pour la caisse des frais inutiles ; je ne parle pas du travail dépensé en pure perte, des retards et des erreurs presque fatales dans ces conditions.

Que si, avec un peu de bonne volonté vous versez vous-mêmes — et les moyens sont aussi nombreux que faciles — mandat, chargement, chèque ou mieux encore versement direct aux divers établissements de crédit où votre trésorier a un compte courant, ce dernier moyen supprime en partie ou même en totalité les frais, nous obtenons une très grande simplification et pour vous-mêmes et pour votre trésorier.

J'appelle toute votre attention sur ce point.

Le trésorier de la Caisse de retraite a un compte courant dans les établissements de crédit suivants :

Crédit Lyonnais de Paris ; compte à l'agence S, faubourg St-Honoré ; on peut *verser sans frais* dans n'importe quelle agence de Paris, en ayant soin de faire virer au compte de l'agence S.

Crédit Lyonnais ; agence de Cannes.

Crédit Lyonnais ; agence de Bordeaux.

Comptoir d'escompte, agence de Cannes.

Comptoir d'escompte, agence de la Bourboule et Clermont-Ferrand.

Banque de France ; agence de Cannes.

Banque de France ; agence de Bordeaux.

Dans toutes ces agences on peut verser sans frais.

On peut verser dans n'importe quelle agence autre que celles ci-dessus. Mais alors il faut avoir soin de faire virer sur l'une d'elles en mentionnant que votre trésorier y a un compte courant. Les frais de virement n'excèdent pas cinquante centimes pour mille.

On le voit ; il n'y a pas de moyen plus facile et plus économique et aussi, point important, plus sûr.

Votre trésorier, Messieurs et chers collègues, vous serait donc très obligé de lire attentivement ces recommandations et de vous y conformer dans la mesure du possible. Tout le monde y gagnera.

Dr VERDALLE.

Rapport du Secrétaire général Dr Delefosse.

Chers confrères,

Vous trouverez tout naturel que mes premières paroles soient pour rendre un dernier hommage à un médecin qui doit être considéré comme le promoteur de toutes les œuvres de mutualité médicale qui ont vu le jour dans ces derniers temps... au Dr Cézilly.

J'ai connu Cézilly il y aura bientôt un quart de siècle, au moment où germaient dans son esprit les idées d'association que sa ténacité, aidée d'une foi inébranlable dans la réussite, est parvenue à réaliser. Avec le concours des ouvriers de la première heure, Lande, Gassot, Verdalle, Maurat, il fonda notre Société dont la prospérité est actuellement assurée, puisque son capital dépasse, cette année, le million.

Le nom de Cézilly restera toujours attaché à la création de cette Caisse, et je suis sûr qu'en vous demandant d'inscrire ce nom en tête de nos statuts comme fondateur, cette proposition sera accueillie par vous avec la plus vive reconnaissance.

Le Comité vous soumet dans cette Assemblée générale plusieurs propositions nouvelles qui sont très importantes pour l'avenir de notre caisse.

Elles sont au nombre de trois :

1° Création d'une contre-assurance.

2° Établissement de nouveaux tarifs pour les primes à payer par les adhérents à la caisse.

3° Établissement d'une *branche de retraite* fondée par l' « Amicale » et gérée par nous.

Notre distingué actuaire, M. Fleury, va, dans son rapport, vous expliquer, beaucoup mieux que je ne pourrais le faire moi-même, les bases sur lesquelles ces diverses propositions ont été établies.

Je me contenterai de vous donner quelques explications générales.

I. *Création d'une contre-assurance.*

Plusieurs de nos confrères ont pensé que l'adhérent qui désirait, à sa mort, faire profiter ses héritiers des sommes versées pour lui à la Caisse, devait trouver dans cette Caisse même la possibilité de satisfaire à ce désir.

Le principe de cette création nouvelle a été adopté à l'Assemblée générale de 1903 et vous avez, en même temps, donné à votre Comité la mission d'établir, d'accord avec notre actuaire, les tarifs des primes de cette contre-assurance. M. Fleury vous expliquera les bases de son travail et vous aurez à voter sur les tarifs qu'il vous propose.

Mais je crois qu'il m'est permis, comme secrétaire général, sans empiéter sur ses attributions, de vous faire ressortir trois points qui pourraient peut-être vous échapper et sur lesquels il me paraît très important que vous soyez bien éclairés. Pour tout médecin qui désire s'assurer, son contrat ne doit pas avoir de recoins obscurs.

1° Cette contre-assurance ne peut fonctionner, telle qu'elle vous est présentée, *que pour les nouveaux adhérents.* Ce qui ne veut pas dire que les anciens ne peuvent en profiter, mais elle ne se présente pas dans les mêmes conditions pour eux et M. Fleury a cherché les combinaisons qui serviraient à la fois les intérêts de la Caisse et ceux de ces adhérents.

2° Les sommes versées par les adhérents à la contre-assurance, ne sont remboursables que pendant la période d'années qui précèdent la retraite, c'est-à-dire pendant la période des versements des primes. *La première annuité de la retraite touchée, fait perdre tout droit au remboursement.* Et il ne peut en être autrement, les primes versées comme contre-assurance, étant calculées jusqu'à l'âge de 60 ans. M. Fleury vous développera ces nécessités beaucoup mieux que moi.

3° Les sommes remboursables comprennent celles versées par l'adhérent, sans aucun intérêt, c'est-à-dire que *le remboursement comprend le total des primes versées et contre-assurées.*

4° Cette contre-assurance est complètement facultative. M. Fleury vous soumettra deux tarifs différents suivant que le nouvel adhérent désire ou non profiter de la contre-assurance.

II. *Nouveaux tarifs.*

Depuis la fondation de notre caisse, nos tarifs ont dû être remaniés. En 1884, lors de l'établissement des premiers tarifs, notre cher président, le Dr Lande, avait pris pour base l'intérêt du capital à 4 % et dix ans de participation. En 1895 nous dûmes par suite de l'abaissement du taux de l'intérêt à 3 %, augmenter le prix des primes. La loi du 1er avril 1898 nous força à étudier de nouveau ces tarifs puisqu'elle exige non plus dix ans, mais quinze ans de participation.

Votre comité, en 1898, pensa qu'il était préférable, avant de vous proposer de nouveaux chiffres, d'attendre les résultats de l'enquête sur la mortalité dans les sociétés de secours mutuels, enquête entreprise sous les auspices du ministère de l'intérieur. On aurait alors des tables nouvelles et sûres pour l'établissement de nos nouveaux tarifs.

Aujourd'hui il ne peut plus en être ainsi pour les raisons suivantes :

D'abord nous n'avons aucune donnée certaine ou même approximative sur la date à laquelle ces tables de mortalité nous seront communiquées : sera-ce dans un an, 2 ans, 10 ans ? On ne peut continuer, sans léser les intérêts des adhérents ou de la caisse, à faire payer des primes basées sur dix ans de participation, quand la loi en exige actuellement quinze.

En outre, il nous est revenu de divers côtés que beaucoup de médecins ne veulent pas s'associer avant l'établissement de ces nouveaux tarifs. Ayant entendu dire que nos actuaires trouvaient nos tarifs trop faibles et qu'ainsi la situation de notre caisse pourrait peut-être devenir, quelque jour, un peu délicate, ils préfèrent attendre. Cette situation d'attente ne peut être que préjudiciable et aux médecins et à la Caisse.

Nous venons donc aujourd'hui vous soumettre de nouveaux tarifs qui, votés par vous, entreront en vigueur du 1er janvier 1904.

M. Fleury vous expliquera qu'il a pris pour base de ces nouveaux tarifs une table de mortalité légèrement supérieure à la mortalité moyenne. Je ne vous cache pas que j'eusse préféré, comme base, la table de mortalité ordinaire ; car, plus j'étudie cette question, plus je suis convaincu, ce qui semblera à beaucoup d'entre vous un paradoxe, tant l'idée de la mortalité supérieure des médecins est enracinée dans le corps médical, que les médecins ont une mortalité semblable à celles des membres des autres professions. Dans tous les cas, les inconvénients qui pourraient résulter de cette petite diminution des tarifs, ne seront pas, en l'espèce, préjudiciables à notre caisse.

D'ailleurs, pour s'entourer de toutes les garanties possibles, votre Comité a décidé dans sa seconde séance de février de faire faire un inventaire de la Caisse. Notre actuaire aura l'obligeance de vous expliquer, ce qu'il faut entendre par ce mot « inventaire. »

Si, comme nous l'espérons, vous voulez bien voter ces nouveaux tarifs, ces derniers entreront en vigueur dès cette année.

Ici, comme dans la question contre-assurance, il a fallu s'occuper de la situation des anciens adhérents : nous avons pensé qu'il vaudrait mieux de suite unifier tous les tarifs. Je laisse à notre actuaire le soin de vous expliquer ce qu'il croit devoir vous proposer dans l'intérêt des adhérents et dans l'intérêt de la Caisse.

Je pense que nous nous trouverons ainsi à la tête de tarifs bien établis et qui donneront toute garantie pour l'avenir de notre caisse, laquelle n'est d'ailleurs pas en péril quelconque, bien entendu.

III. — *Combinaison avec l'Amicale.*

Je laisse complètement pour cette troisième partie, la parole à M. Fleury.

Votre trésorier, par l'exposition de son bilan, vous fait toucher du doigt que notre prospérité va toujours en augmentant et je ne puis mieux terminer mon rapport qu'en vous priant de voter de sincères remerciements au Dr Verdalle qui, depuis vingt ans, a assumé la lourde charge de gérer nos finances et à notre cher actuaire, M. Fleury, qui a travaillé avec un zèle au-dessus de tout éloge à nous établir une situation pécuniaire nous permettant de voguer à pleines voiles de manière à doubler rapidement le cap des 2 millions. A vous, de votre côté, mes chers confrères, de faire de la propagande, de nous amener des adhérents ; et ce faisant vous rendrez service aux jeunes médecins qui entrent actuellement dans une carrière bien encombrée et où les œuvres de prévoyance vont jouer de plus en plus un rôle prépondérant.

Rapport de M. Fleury, actuaire, au Comité Directeur de la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

Paris, 24 mars 1904.

Monsieur le Président, Messieurs,

Les questions dont vous m'avez fait l'honneur de me confier l'examen au point de vue technique se rapportent à deux points de vue : d'abord la création d'une combinaison nouvelle, répondant au désir souvent exprimé par nombre de vos collègues, de voir retourner à leur famille les versements faits en vue de la retraite, et perdus pour eux par suite de leur décès prématuré ; ensuite et surtout, un examen général des tarifs de votre caisse, des modifi-

cations à y apporter s'il y a lieu, et des conséquences de ces modifications dans le présent et dans l'avenir. Je vais prendre successivement les différents points de cette étude, en les séparant aussi nettement que possible, et je vous prie de vouloir bien m'excuser si je recherche la clarté plus que la forme littéraire.

I. — *Contre-assurance.*

L'idée sur laquelle est fondée la contre-assurance est la suivante : Un médecin, à qui son labeur quotidien permet d'élever sa famille, pense légitimement au jour où, sa carrière active terminée, il éprouvera le besoin de prendre un repos bien mérité, de jouir enfin avec calme de la dernière partie de sa vie, après tant d'années passées à préserver la vie de ses semblables. Dans ce but, il voudrait bien s'affilier à la Caisse des pensions, verser chaque année la cotisation qui lui permettra d'obtenir plus tard une retraite, mais alors quelquefois un scrupule lui vient. Et s'il venait à mourir au milieu de sa carrière ? N'aurait-il pas à se taxer un peu d'égoïsme ? Ne regretterait-il pas, voyant sa fin venir, un sacrifice devenu inutile pour lui, et perdu cependant pour les siens ? La contre-assurance lui permet de mettre en paix sa conscience. Le sociétaire vient-il à mourir prématurément ? Au moment même où il laisse sa famille dans le besoin, la Caisse des pensions vient rendre à sa veuve et à ses enfants les sommes économisées chaque année par le défunt. Ce qui pourrait paraître un acte d'égoïsme devient un acte de protection familiale, une économie précieuse à retrouver, et qu'on n'aurait sans doute pas faite si l'on ne s'était pas affilié à la Caisse. — Le sociétaire dépasse-t-il au contraire soixante ans, il aura payé davantage, mais que lui importe ? Ses enfants seront grands, leur avenir assuré, et ce n'est pas eux qui viendront lui reprocher d'avoir pris en leur faveur une précaution de plus. La contre-assurance répond donc à un réel besoin, et il appartenait au Concours médical », toujours à la recherche des améliorations, de l'offrir à ses adhérents.

L'idée de la contre-assurance admise, il restait à savoir si elle s'appliquerait seulement aux nouveaux adhérents de la Caisse des pensions, ou si, et dans quelle mesure, on pourrait l'appliquer aux adhérents actuels. Je me hâte de répondre : rien ne s'oppose à ce que la contre-assurance s'applique aux adhérents actuels, mais à la condition qu'elle soit limitée aux versements futurs. Chercher à l'appliquer aux versements déjà faits, ce serait faire véritablement de l'assurance en cas de décès, ce serait sortir très imprudemment des opérations d'une Caisse de pensions, et s'exposer à de graves mécomptes. En s'adressant à une Compagnie d'assurances sur la vie ou à la Caisse nationale d'assurances en cas de décès, le médecin qui voudrait assurer à sa famille le remboursement des sommes qu'il a versées jusqu'ici pour sa retraite, pourra parfaitement atteindre son but. Je suis à la disposition de votre dévoué Secrétaire général pour l'examen de chaque cas particulier.

Le tarif que j'ai l'honneur de vous soumettre comprend trois colonnes : dans la première figure l'âge du sociétaire au moment où il décide de contre-assurer ses primes futures ; ce moment peut être ou ne pas être celui de son entrée dans la société ; la seconde indique le nombre de primes qui restent à verser ; la troisième indique le facteur de contre-assurance, c'est-à-dire le facteur par lequel il faut multiplier une prime non contre-assurée pour la transformer en contre-assurée. Un exemple fera connaître à la fois l'application du tarif et sa signification.

Le Dr X, né en 1863, s'est affilié en 1900 à la Caisse de retraites, combinaison A ; il avait alors 36 ans, il devait donc verser 24 primes de chacune 235 francs ; en 1904, à l'apparition du tarif de contre-assurance, il désire contre-assurer ses primes. Il a 40 ans, et il lui reste 20 primes à verser ; ses primes seront portées de 235 francs à 235 X 1,208 = 284. Si maintenant le Dr X vient à mourir en 1914, après avoir versé sa quatorzième prime, la Société remboursera à ses héritiers 284 X 10 = 2840. Si le Dr X vient à mourir en 1923, après avoir versé toutes ses primes, comme ces primes sont contre-assurées, à l'exception des quatre premières, la société remboursera à ses héritiers 284 X 20 = 5680. Si au contraire le Dr X est vivant le 1er janvier 1924, il aura droit au premier terme de sa pension, et ses héritiers perdent tout droit à un remboursement quelconque.

Il ne faut pas confondre la *retraite avec contre-assurance* avec la *rente à capital réservé*. Dans la retraite avec contre-assurance, telle qu'elle est ici présentée, les héritiers ont droit au remboursement des cotisations versées jusqu'à ce que le sociétaire ait droit lui-même à son premier terme de rente ; à ce moment-là, tout droit cesse pour les héritiers. Dans la rente à capital réservé, les héritiers ont droit au remboursement des cotisations versées à quelque époque qu'ait lieu le décès ; cette opération ressemble beaucoup plus à un placement de fonds qu'à une assurance ; on y perd à peu près tout le bénéfice de la mise en commun ; elle coûte trop cher pour pouvoir être pratiquée par une société telle que la vôtre et si quelqu'un de vos confrères y tenait absolument, il faudrait lui conseiller de s'adresser à la Caisse nationale des retraites, qui capitalise à trois et demi pour cent.

II. Tarifs.

Une première question se posait au sujet des tarifs : y avait-il lieu de procéder à leur examen avant l'apparition des tables de mortalité prévues par la loi de 1898 ? On se rappelle que cette loi, pleine de bonnes intentions promettait de fournir aux sociétés de secours mutuels, « dans un délai de deux ans », des travaux statistiques, portant l'estampille officielle, et leur permettant d'appuyer leurs modifications de tarifs sur des bases solides. Mais promesse d'État est souvent mal tenue ; depuis 1898, six ans se sont passés sans que rien soit venu. Pour faire une statistique, il faut réunir des éléments ; on n'y avait pas songé. Il est impossible actuellement de dire quand paraîtront les tables officielles ; on peut affirmer seulement que ce ne sera pas à une date rapprochée.

Certains de vos confrères, se lançant avec une confiance que je leur envie dans le mouvement des chiffres, n'ont pas craint d'affirmer bien haut que les tarifs actuels étaient beaucoup trop élevés pour ne donner qu'une pension type de 1200 francs. Votre actuaire voudrait être de leur avis ; il pense avec regret au beau rôle qu'il aurait s'il venait vous proposer ou une diminution de tarifs, ou une augmentation de pensions. Mais, hélas, étant donné que le taux de vos placements ne peut pas être actuellement supérieur à trois pour cent, il est manifeste que le tarif actuellement en vigueur ne permettrait pas à la Caisse des pensions de continuer dans l'avenir à servir à ses membres une retraite type de 1200 francs.

Le tarif que j'ai l'honneur de vous soumettre est en effet sensiblement plus élevé, pour la plupart des âges, que le tarif actuel, et cependant il a été calculé sur des bases très modérées, et en cédant à l'opinion généralement répandue sur la mortalité relativement élevée du corps médical. J'ai employé en effet, avec le taux de trois pour cent, la table de mortalité des assurés français en cas de décès, dite table A F, pour la période d'activité ou de versement des primes, et une table de mortalité seulement un peu moins rapide (dite table Hm), à partir de l'entrée en jouissance de la retraite. Il est impossible, à mon avis, de descendre au-dessous d'un tarif ainsi calculé.

Que si, cependant, quelques-uns de vos confrères craignaient de verser trop, il serait aisé de les rassurer. Le premier devoir d'une société de secours mutuels est de s'arranger pour pouvoir tenir les engagements qu'elle prend, même si ce sont de sim-

ples engagements moraux. Elle ne peut donc faire moins que de demander les cotisations qu'elle juge strictement nécessaires pour atteindre son but : mais si, plus tard, dans les observations faites sur elle-même, votre société constatait une mortalité supérieure encore à celle qui est prévue dans ce tarif, rien n'empêcherait d'augmenter un peu les pensions. Votre actuaire serait le premier, tout en regrettant le sort des disparus, à vous conseiller d'améliorer les retraites des survivants ; le sacrifice fait ne serait pas perdu. C'est là une hypothèse douteuse, mais sa réalisation même ne peut vous ménager de regrets.

Il faut remarquer d'ailleurs qu'il n'y a pas que des augmentations de primes dans le nouveau tarif : à partir de l'âge d'entrée 47, les nouvelles cotisations du tableau A deviennent beaucoup moins élevées, que les anciennes ; c'est que celles-ci, prévues autrefois pour moins de quinze ans, doivent, depuis la loi de 1898, être versées pendant quinze ans au moins. En attendant les tables officielles. On avait maintenu purement et simplement les anciennes primes ; il y avait là une injustice provisoire qu'il est temps de réparer.

La contre-assurance s'appliqué au nouveau tarif exactement comme à l'ancien, pour la combinaison A, la combinaison C, et la prime annuelle de la combinaison B. Pour contre-assurer les primes, il suffit de multiplier la prime non contre-assurée par le facteur de contre-assurance. Pour contre-assurer le droit d'entrée prévu dans la combinaison B, il faut le multiplier par un facteur spécial (1).

Il n'y a rien de plus à dire ici sur l'application des tarifs, les points de détail ont été traités de façon à ce qu'ils soient utilisés exactement comme les tarifs actuels.

TABLEAU A

Prime annuelle à verser pour jouir de la retraite à soixante ans d'âge. (entrée au-dessous de 45 ans) ou après 15 ans de participation (entrée après 45 ans).

AGE d'entrée	PRIMES non contre-assurées	PRIMES contre-assurées	AGE de retraite	AGE d'entrée	PRIMES non contre-assurées	PRIMES contre-assurées	AGE de retraite
	Fr.	Fr.			Fr.	Fr.	
21	128	160	60	44	538	636	60
22	134	168	60	45	588	692	60
23	141	177	60	46	561	665	61
24	148	186	60	47	533	643	62
25	155	195	60	48	506	618	63
26	164	206	60	49	479	594	64
27	173	216	60	50	452	570	65
28	183	228	60	51	425	546	66
29	194	241	60	52	399	522	67
30	205	254	60	53	373	499	68
31	217	269	60	54	347	476	69
32	230	284	60	55	322	453	70
33	244	301	60	56	298	431	71
34	259	319	60	57	274	409	72
35	276	339	60	58	251	387	73
36	295	361	60	59	229	366	74
37	315	384	60	60	207	345	75
38	337	410	60	61	187	325	76
39	362	439	60	62	167	305	77
40	390	470	60	63	149	285	78
41	420	505	60	64	131	264	79
42	455	544	60	65	115	248	80
43	494	587	60				

(1) J'établirai, à l'usage du Comité directeur un petit barême prévoyant ce cas.

TABLEAU B

Somme à payer comme entrée pour jouir de la retraite à soixante ans d'âge (entrée au-dessous de quarante-cinq ans) ou après quinze ans de participation (entrée après quarante-cinq ans) en ne versant plus qu'une annuité de cent cinquante-cinq francs.

AGE d'entrée	ENTRÉE	AGE de retraite	AGE d'entrée	ENTRÉE	AGE de retraite
	Fr.			Fr.	
26	185	60	46	4389	61
27	351	60	47	4062	62
28	522	60	48	3737	63
29	700	60	49	3417	64
30	885	60	50	3103	65
31	1077	60	51	2793	66
32	1276	60	52	2492	67
33	1483	60	53	2195	68
34	1699	60	54	1914	69
35	1923	60	55	1640	70
36	2156	60	56	1377	71
37	2399	60	57	1127	72
38	2652	60	58	890	73
39	2917	60	59	667	74
40	3193	60	60	460	75
41	3483	60	61	268	76
42	3784	60	62	93	77
43	4101	60	63	»	78
44	4434	60	64	»	79
45	4718	60	65	»	80

N. B. — Pour l'application de la contre assurance au droit d'entrée de la combinaison B, en référer au Comité Directeur.

TABLEAU C.

Proportion de la retraite exprimée en millièmes obtenue à soixante ans (entrée au-dessous de quarante-cinq ans, ou après quinze ans de participation (entrée après quarante cinq-ans) par les adhérents n'ayant versé, quel que soit leur âge d'entrée dans l'œuvre, que l'annuité type de cent cinquante francs.

AGE d'entrée	MILLIÈMES de la retraite totale	VALEUR réelle la retraite type étant 1200 fr.	AGE de la retraite	AGE d'entrée	MILLIÈMES de la retraite totale	VALEUR réelle la retraite type étant 1200 fr.	AGE de la retraite
	Fr.				Fr.		
26	945	1134	60	46	277	332	61
27	892	1070	60	47	391	349	62
28	845	1014	60	48	307	368	63
29	799	959	60	49	324	389	64
30	755	906	60	50	344	413	65
31	713	856	60	51	365	438	66
32	672	806	60	52	390	468	67
33	633	760	60	53	417	500	68
34	595	714	60	54	448	538	69
35	558	670	60	55	483	580	70
36	523	628	60	56	523	628	71
37	489	587	60	57	568	682	72
38	456	547	60	58	621	745	73
39	425	510	60	59	682	818	74
40	395	474	60	60	753	904	75
41	366	439	60	61	837	1004	76
42	338	406	60	62	936	1123	77
43	311	373	60	63	»	»	78
44	286	343	60	64	»	»	79
45	264	317	60	65	»	»	80

N. B. — Pour appliquer la contre-assurance a la combinaison C, multiplier la prime de 155 fr par le facteur de contre-assurance à l'âge correspondant (voir page 215 des présents statuts).

CONTRE-ASSURANCE

Facteur par lequel on doit multiplier une prime annuelle à verser pour contre-assurer cette prime et la prime de contre-assurance elle-même.
Prime payable jusqu'à 60 ans (entrée au dessous de 45 ans), ou pendant 15 ans (entrée au-dessus de 45 ans).

AGE initial.	NOMBRE de primes à payer.	FACTEUR de contre assurance	AGE initial.	NOMBRE de primes à payer.	FACTEUR de contre assurance
		Fr.			Fr.
21	39	1,252	44	16	1,183
22	38	1,252	45	15	1,176
23	37	1,252	46	15	1,187
24	36	1,251	47	15	1,205
25	35	1,250	48	15	1,222
26	34	1,249	49	15	1,241
27	33	1,248	50	15	1,262
28	32	1,246	51	15	1,285
29	31	1,244	52	15	1,310
30	30	1,242	53	15	1,339
31	29	1,240	54	15	1,371
32	28	1,238	55	15	1,407
33	27	1,235	56	15	1,447
34	26	1,232	57	15	1,492
35	25	1,229	58	15	1,543
36	24	1,226	59	15	1,600
37	23	1.222	60	15	1,665
38	22	1,217	61	15	1,739
39	21	1,213	62	15	1,822
40	20	1,203	63	15	1,920
41	19	1,202	64	15	2,028
42	18	1.196	65	15	2,154
43	17	1.190			

N.-B. — Pour l'application à ceux des adhérents actuels dont le cas ne serait pas prévu dans ce tarif, en référer au Comité Directeur.

Mais c'est à propos de l'étude du nouveau tarif qu'il y a lieu de parler d'un projet d'opération commune à l'Amicale et à la Caisse des pensions. L'Amicale vient en effet de fonder une combinaison dans laquelle elle soude à sa combinaison A, qui assure une indemnité en cas de maladie avant soixante-cinq ans, une pension de retraite avec entrée en jouissance à soixante-cinq ans. Désirant à la fois ne pas faire concurrence à la Caisse des pensions de retraite et rester dans le rôle en vue duquel elle s'est elle-même constituée, l'Amicale pense à charger la Caisse des pensions du service des retraites, en lui versant naturellement les cotisations qu'elle aura reçues à cet effet. Les tarifs de la nouvelle combinaison de l'Amicale ont été calculés sur les mêmes bases que le tarif présenté ici ; il n'y a donc *mathématiquement* aucun inconvénient, pour une des sociétés ou pour l'autre à cette coopération qui paraîtra sans doute à toutes deux présenter de grands avantages moraux.

Inventaire.

Une question se pose encore, étroitement liée à tout ce qui précède. Quelle sera la situation des adhérents actuels par rapport au nouveau tarif ? Verseront-ils à l'avenir les cotisations qu'ils auraient dû verser d'après le nouveau tarif ? Ou bien continueront-ils à verser les primes qu'ils payent actuellement ? Les deux solutions peuvent être également envisagées. Mais la seconde paraît présenter de graves inconvénients, au point de vue financier, le seul que j'envisage ici. Si le taux des placements à prévoir dans l'avenir n'est que de trois pour cent, celui des placements actuellement réalisés n'est pas supérieur ; rien ne vient donc à ce point de vue différencier les adhérents actuels des adhérents futurs ; il n'est pas probable non plus qu'ils s'en différencient au point de vue de la mortalité. Si donc les adhérents actuels continuaient à payer leurs anciennes cotisations, les adhérents futurs auraient le droit de se demander, et de demander à la société, si les anciens adhérents ont versé suffisamment pour recevoir une retraite type de 1200 francs ; s'il ne faudra pas dans l'avenir que, pour parfaire les pensions de leurs prédécesseurs, on vienne prendre dans le produit de leurs propres cotisations ; ils pourraient demander à la société ce que celle-ci n'aurait guère le droit de leur refuser, la séparation dans les comptes, à l'actif et au passif, des anciens et des nouveaux. L'inventaire que vous avez bien voulu me confier, c'est-à-dire la comparaison entre les engagements de la société envers ses membres, d'une part, les engagements des adhérents envers la Société et le capital en caisse d'autre part, établirait sans doute un excédent assez considérable des engagements de la Société, mettant alors celle-ci dans l'obligation de réduire les pensions types.

Dans l'autre hypothèse, cet inventaire donnerait certainement des résultats bien meilleurs ; l'excédent du passif sur l'actif, s'il existe encore, sera réduit, et les moyens de le faire disparaître plus faciles à trouver ; la division des comptes en deux, à l'actif et au passif, pourra sans doute être évitée, et l'unité morale de la société y gagnera encore.

Quant au droit pour la Caisse des pensions d'élever ses cotisations même pour les adhérents actuels il ne peut logiquement faire de doute. Une société de secours mutuels n'est pas comme une compagnie d'assurances dont les actionnaires ont pris des engagements fermes et doivent les tenir quelles qu'en soient les conséquences au point de vue du capital social. Dans une société de secours mutuels, à chacun doit revenir la part correspondant aux versements qu'il a faits. Si quelqu'un touche plus que sa part, ce supplément est pris sur ses voisins et cela ne doit pas être. La Société n'a donc pas seulement le droit, mais le devoir, si elle s'aperçoit que primes et pensions ne sont pas en rapport les unes avec les autres, de rétablir l'équilibre ; elle doit le faire avant qu'il soit trop tard, et en le faisant, elle s'acquiert encore plus de titres à la reconnaissance de ses membres.

Il me reste en terminant à m'excuser de la longueur de ce rapport, à souhaiter de n'avoir pas trop fatigué votre attention, et à vous exprimer mes vœux confiants pour l'avenir de la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

Je vous prie d'agréer, Messieurs, l'expression de mes sentiments dévoués. E. Fleury.

Modification parallèle de l'Amicale-maladie

Au prochain numéro, nous exposerons le projet de création d'une combinaison C. de l'Amicale-maladie : il aura pour conséquence de créer un lien nouveau entre les deux sociétés sœurs et doit être connu des membres de l'une et de l'autre avant la discussion.

Les membres de l'Amicale sont convoqués en assemblée générale pour le 16 avril, au Siège Social, à 4 heures après-midi, à l'effet de voter sur ce projet et sur les modifications statutaires qu'il entraînera (*décision de l'Assemblée du* 16 *novembre* 1903). *Le Bureau de l'Amicale.*

LA SEMAINE MÉDICALE

Le collargol dans les maladies infectieuses.

M. le Dr Etienne Desanti, de Paris, a consacré sa thèse de doctorat à l'étude du collargol (argent liquide) appliqué aux maladies infectieuses. Cette substance, préconisée particulièrement par Crédé, est rapidement absorbée et aussi rapidement éliminée par le rein et l'intestin. Elle

★

peut être administrée par la peau, par l'estomac, par les voies sous cutanée et veineuse, et elle a l'avantage d'être tolérée à des doses relativement élevées. On n'a jamais observé d'argyrisme.

Outre son pouvoir bactéricide relativement faible, il possède des propriétés empêchantes plus caractéristiques qui le rendent précieux comme prophylactique des maladies infectieuses, dont la marche sera d'autant plus heureusement influencée que la médication aura été instituée de bonne heure.

Les préparations de collargol destinées à la peau sont les pommades à base de vaseline et de lanoline. M. Boy-Teissier prescrit la formule suivante : 30 grammes de collargol, 30 grammes de lanoline, 70 grammes d'axonge benzoïnée ; 6 à 8 grammes pour adultes, 2 à 3 grammes pour les enfants, une à trois fois par jour en frictions de 20 à 30 minutes.

Voici comment on procède : les frictions doivent être faites sur la peau d'une partie saine du corps. On choisira une place abondamment pourvue de lympathiques: pli de l'aine, aisselle, abdomen. La peau sera préablement préparée comme un champ opératoire: brossée avec de l'eau chaude et du savon : lavée avec de l'alcool, puis avec de l'éther pendant quelques minutes. On étalera la quantité employée sur toute la région et on frictionnera pendant une période de temps qui ne sera jamais au-dessous d'une demi-heure, et qui pourra durer une heure comme l'indique bien Netter. La friction terminée, recouvrir la région d'une toile imperméable, pour rendre complète l'absorption du collargol resté à la superficie de la peau.

Le collargol, administré en injections intraveineuses, doit être employé sous forme de solution à 1 ou 2 pour cent (Crédé) et même à 5 pour cent (Hermann Schmidt).

L'injection s'effectue, en général, dans la veine céphalique ou dans l'une des veines surperficielles de la jambe. On se sert d'une seringue à sérum de 5 à 10 grammes, que l'on fait bouillir, non dans une dissolution chimique, mais dans de l'eau distillée. On la rince ensuite à plusieurs reprises avec de l'alcool, avec du collargol en dissolution. L'injection est très simple à pratiquer chez les personnes dont les veines sont bien remplies et très visibles. Le bras étant pendant, un lien enserre la partie supérieure de façon à faire gonfler les veines du pli du coude. Après avoir nettoyé l'épiderme, on enfonce l'aiguille creuse jusqu'à ce qu'elle soit libre dans la veine. Le sang coule alors sur le linge placé au-dessous. La seringue non remplie entièrement est adaptée, tandis que la main droite maintient l'aiguille, de façon qu'elle ne puisse changer de direction. L'on fait aspirer un peu, de façon qu'une petite quantité d'air pénètre dans la seringue : on est certain que de l'air ne peut être injecté, car la bulle d'air est située à l'extrémité supérieure de la seringue et y reste d'autant plus que l'on maintient le bras dans la position horizontale. Chez les personnes dont les veines sont peu perceptibles, on fait coucher le malade de façon à ce que le haut du corps s'appuie fortement sur le rebord gauche du lit, et que le bras gauche pende presque verticalement. On attend 5 à 10 minutes. Durant ce temps, les veines se gonflent et deviennent plus visibles. La ligature faite, après une pause de même durée que la précédente, des veines apparaissent à des endroits où on les aurait à peine soupçonnées.

Si l'on ne réussit pas à introduire l'aiguille creuse à travers l'épiderme, il faut dégager la veine en faisant une incision d'un centimètre. Ne pas pousser brusquement l'injection, faire deux à quatre pauses pour assurer une répartition complète du médicament et observer si le malade ne ressent pas de sensation désagréable.

On donne même parfois le collargol par la voie bucco stomacale, sous forme de pilules ou de solution.

L'administration du collargol, produit, le plus souvent, l'abaissement de la température, l'augmentation des urines, l'amélioration de l'état général. A ce titre, nous croyons son emploi utile et indiqué au cours des infections de n'importe quelle nature, spécifiques. non classées ou relevant d'associations microbiennes.

Troubles nerveux produits par les végétations adénoïdes.

M. le Dr J. Tillier, de Saint-Germain-en-Laye, a étudié dans sa thèse les principaux troubles nerveux produits par les végétations adénoïdes. Ces troubles peuvent, dans certains cas, prendre une tournure très grave. Ils entravent la nutrition ainsi que le développement physique du malade, en troublant son sommeil et retardent aussi l'évolution de ses facultés intellectuelles.

En outre, les adénoïdes gênent la respiration et par conséquent l'hématose. De plus, par leurs poussées inflammatoires fréquentes, elles donnent naissance à des exsudats septiques, à des mucosités purulentes plus ou moins infectées qui sont dégluties inconsciemment par le malade et peuvent être la cause de troubles digestifs rebelles à tout traitement interne.

Huchard et Gallois ont signalé des néphrites, des péri et endocardites dont le point de départ était l'infection par les adénoïdes.

Ce sont là des causes d'affaiblissement propres en tous points à entretenir les phénomènes nerveux.

Si comme nous l'avons vu, l'hérédité a un rôle dans leur éclosion, les adénoïdes les entretiennent, en augmentent l'intensité, et empêchent l'organisme de lutter efficacement contre eux.

De cette étude se dégage cette conclusion formelle de toujours examiner le nez et la gorge d'un enfant présentant l'un quelconque des symptômes nerveux que nous avons énumérés dans cette thèse.

L'on y découvrira la plupart du temps la cause efficiente et l'on pourra agir directement sur elle.

Traitement du Tænia.

Tous les praticiens ont éprouvé des échecs dans le traitement du tænia, quel que soit le tænifuge employé ; nous sommes encore à attendre le remède spécifique et héroïque contre cet ennuyeux parasite. Aussi, les auteurs cherchent-ils toujours, de temps en temps, un nouveau procédé ou une nouvelle méthode d'attaque et de destruction du parasite. En voici une qui est, paraît-il, assez efficace et que publie *la Presse Médicale*. Inutile de faire jeûner le malade la veille du jour de l'absorption : il suffit de lui

conseiller de manger un peu moins abondamment qu'à l'ordinaire.

Le matin, à jeun, faire prendre, de demi-heure en demi-heure, les vingt bols ou cachets suivants, à raison de cinq par demi-heure :

Semence de courge.......	40 grammes
Extrait mou et frais d'écorce de racine de grenadier	10 —

pour 20 bols, ou 20 cachets

Une demi-heure après l'absorption des cinq derniers bols ou cachets, administrer le purgatif suivant :

Eau-de-vie allemande.....	ãã 25 grammes
Sirop de nerprun.........	

Prendre ensuite du thé léger ou du bouillon aux herbes. Le tænia est en général expulsé dans la matinée et d'un seul bloc.

L'acide pyrogallique.

D'après M. le docteur Pauthier, l'acide pyrogallique étant un réducteur fort, ne convient guère qu'aux dermatoses non irritables, que l'on se propose de modifier profondément. Il est, dans ce cas, combiné la plupart du temps avec des goudrons, de l'acide salicylique, etc.

Dans le traitement de l'eczéma, il peut représenter le stade terminal, alors que l'emploi de pâtes simples, puis de pâtes médicamenteuses, enfin de pommades avec des réducteurs faibles aura préparé son action. Cliniquement, il peut être employé sans crainte lorsque l'œdème, le suintement. ont disparu et qu'il ne reste plus qu'un peu de rougeur, s'accompagnant de prurit et d'épaississement de la peau.

Au niveau du cuir chevelu, il est extrêmement bien supporté et peut être employé à doses plus actives que pour la peau. Il donne de bons résultats dans l'eczéma prurigineux du cuir chevelu. On pourra employer une solution alcoolique à 5 p. 100, ou une pommade, du type suivant :

Acide pyrogallique........	2 gr.
Coaltar....................	5 gr.
Lanine....................	10 gr.
Vaseline..................	12 gr.

ou encore :

Acide pyrogallique.....	ãã 2,50 à 5 gr.
Acide salicylique.......	
Aristol.................	
Ichthyol................	
Vaseline..	80 à 90 gr.

(Besnier.)

Dans le traitement externe de la séborrhée et des états séborrhéiques, l'acide pyrogallique joue un rôle important, à côté des différentes variétés de goudrons. Son action sur les états squameux et pelliculaire est certaine Sabouraud l'emploie en lotion, uni au soufre:

Acide pyrogallique.........	3 gr.
Soufre précipité..	10 gr.
Acétone....................	100 gr.

ou en l'incorporant aux pommades cadiques, qui se montrent alors particulièrement efficaces contre les séborrhées compliquées de pityriasis. Sabouraud prescrit ;

Acide pyrogallique........	1 gr.
Huile de cade........	ãã 15 gr.
Beurre de cacao......	
Axonge benzoïnée........	10 gr.
Turbith minéral..........	2 gr.

Une autre indication importante de l'acide pyrogallique est représentée par le traitement du traitement du psoriasis. On peut l'employer sous forme de pommade aux doses de 5 à 10 p. 100. Contre le psoriasis du cuir chevelu, Sabouraud recommande de l'associer à l'huile de cade et à l'acide chrysophanique, suivant la formule :

Acide pyrogallique.........	1 gr.
Acide chrysophanique.....	0 gr. 30 centigr.
Huile de cade............	ãã 10 gr.
Vaseline..................	
Lanoline..................	

Contre des plaques isolées de psoriasis, on emploiera avec succès de l'emplâtre pyrogallique.

D'une façon générale, l'acide pyrogallique, à cause des dangers possibles d'intoxication qu'il offre, doit être réservé aux lésions limitées et peu étendues.

GYNECOLOGIE PRATIQUE

Traitement médical des affections subaiguës en petite gynécologie.

Le 12 mars dernier, dans le n° 11 du *Concours médical*, nous avons étudié un nouveau traitement des affections gynécologiques par le thigénol. Nous avions en vue, dans ce premier travail, les affections purement chroniques de l'utérus seul ; nous n'avions pas parlé des lésions annexielles, dont nous remettions l'étude à plus tard.

Nous nous proposons aujourd'hui d'examiner les résultats qu'on peut attendre du thigénol dans le traitement des lésions annexielles chroniques ; nous y joindrons l'étude si importante de la thérapeutique des affections subaiguës en petite gynécologie, objet essentiel de ce travail.

Le traitement médical des affections chroniques de l'utérus et des annexes est à peu près le même pour tous les praticiens : injections antiseptiques très chaudes, massage, mobilisation de l'utérus dévié, dilatation du col, pansements antiseptiques avec la glycérine mélangée ou non à un agent résolutif, cautérisations du col suivant les cas, etc..., sont d'un usage courant.

Nous avons montré, à la suite des travaux allemands, que, parmi les substances à incorporer à la glycérine, le thigénol, corps soluble et contenant 10 pour 100 de soufre, semble produire d'excellents effets sur les métrites chroniques. Nous avons dit qu'employé en solution à 45 gr. pour 100 de glycérine, le thigénol, qui n'est pas toxique, arrivait rapidement, grâce à une très puissante décongestion, à modifier l'état gynécologique de ces malades. Sédation absolue des souffrances au bout de 4 ou 5 pansements, diminution notable de la leucorrhée et des hémorrhagies après un mois ou un mois et demi de traitement, guérison des légères ulcérations du col, retour de l'utérus à son état normal comme volume et position, tels sont les résultats à peu près constants produits par le thigénol dans les métrites anciennes, chroniques.

Voilà un fait acquis.

Mais les salpingo-ovarites chroniques sont-elles améliorées d une manière aussi sûre ? Pas toujours.

De nombreuses observations, en effet, nous ont montré que les salpingo-ovarites chroniques,

avec ou sans collection liquide, traitées par le thigénol, n'éprouvent pas un changement plus sensible que si l'on se servait de l'ichthyol. Nous notons, il est vrai, la sédation manifeste des douleurs salpingiennes, spontanées ou provoquées, ce qui est déjà un bon résultat, mais nous n'observons pas la diminution du volume des trompes ou la résolution de l'épanchement. Cela s'explique du reste par l'anatomie pathologique de ces affections comme nous le montrerons dans un instant.

Quelle valeur avaient donc les observations allemandes et en particulier celles publiées par Neumann ? Neumann, en effet, affirme l'amélioration et même la guérison des salpingo-ovarites. Notre embarras était grand pour concilier ces résultats contradictoires. A la réflexion, cependant, il n'en est rien, car les observations de Neumann portaient pour la plupart sur des cas subaigus, et non pas sur des salpingites chroniques. Nous avons aussi un certain nombre d'observations personnelles de lésions subaiguës annexielles et dans ces cas, en effet, l'action du thigénol s'est montrée manifeste. Les effets thérapeutiques du thigénol seraient donc différents suivant que les lésions annexielles sont chroniques ou subaiguës. C'est ce que nous allons essayer d'expliquer.

Mais d'abord, faut-il ou ne faut-il pas traiter par les pansements les lésions subaiguës de l'utérus et des annexes ? Et si nous posons cette question, c'est qu'elle revêt une certaine importance en raisons du désaccord qu'elle suscite.

Les avis sont partagés. Pour certains gynécologues, il faut attendre la chronicité, il faut laisser éteindre complètement la phlegmasie, dans la crainte de voir survenir une poussée aiguë et des phénomènes péritonéaux.

D'autres auteurs, et c'est le plus grand nombre, traitent les affections subaiguës aussi bien que s'il s'agissait de lésions chroniques anciennes avec cette restriction, cependant, qu'en aucun cas ils ne cherchent à mobiliser l'utérus par le massage immédiatement. Ils attendent dix à quinze jours environ, pendant lesquels les pansements seuls agissent et décongestionnent l'utérus et les trompes. De cette façon, ils se mettent à l'abri des recrudescences inflammatoires et n'attendent pas pour les traiter que ces affections aient pris un caractère définitif et tenace.

Il est bien entendu que nous ne parlons pas ici des cas où la chirurgie seule doit avoir toute sa liberté d'action, comme le pyosalpinx par exemple, ancien et volumineux, le pyosalpinx tubo-ovarien ou les suppurations pelviennes. L'hématosalpinx, qui représente le plus souvent une grossesse tubaire arrêtée à ses débuts, n'est vraiment passible dans ses formes volumineuses que de l'intervention chirurgicale — l'ovaire scléro-kystique, cette affection si commune, ne saurait à son stade définitif trouver dans les pansements un agent efficace.

Dans ces affections, il est clair que la temporisation et les traitements médicaux seraient souvent une faute. C'est du reste affaire de diagnostic et de décision.

Mais dans le plus grand nombre des cas, un traitement médical bien dirigé peut avoir plein succès sur les lésions chroniques et subaiguës de petite gynécologie.

Quelle est donc l'action du thigénol sur les métrites et annexites subaiguës ? Nous ne reviendrons pas ici sur la méthode avec laquelle il convient de l'employer ; elle est décrite longuement dans le n° 11 du *Concours*. Elle convient aussi bien aux affections subaiguës qu'aux affections chroniques. Nous citerons seulement un procédé excellent qui a été décrit par Auvard.

Au lieu d'employer les tampons de coton hydrophile fortement imbibés de la solution thygénolée que l'on pousse directement sur le col utérin, on porte sur toute la région des culs-de-sac vaginaux et du col la solution elle-même. Voici comment on procède : Le spéculum est en place, il a chargé le col et distendu les culs-de-sac. On verse alors directement sur le col au moyen d'un récipient commode, une éprouvette par exemple, la solution de thigénol que l'on veut employer, et en quantité suffisante pour qu'elle imprègne convenablement le col et les culs-de-sac du vagin. Pour mieux obtenir ce résultat, il est bon de placer la malade le bassin légèrement relevé ; de cette façon, tout le fond du vagin est baigné de liquide médicamenteux. On enfonce ensuite un fort tampon de ouate hydrophile, imbibé ou non de la même solution, jusque sur le col. Ce tampon remplit un rôle de soutien pour les organes génitaux et empêche en même temps le liquide de couler par la vulve ou de se répandre dans le vagin.

Ce pansement est fait tous les deux jours. Mais entre ces deux jours, la malade a soin de placer elle même un ovule au thigénol. Le médicament agit donc par ce procédé d une façon permanente.

Dans les cas subaigus, et puis qu'on fait en réalité un pansement quotidien, on emploiera des doses plus faibles que s'il s'agissait d'affections chroniques pour lesquelles nous faisions d'habitude un pansement tous les trois jours, surtout quand les malades sont occupées au dehors. On se servira, par exemple, pour les pansements proprement dits, d'une solution à 20 gr. de thigénol dans 100 gr. de glycérine, et pour les ovules d'une solution à 15 pour 100.

Il est bien entendu qu'on ordonne toujours les injections antiseptiques très chaudes matin et soir, et que l'on remplit les indications particulières à chaque lésion, cautérisations, scarifications, etc.

Quant au massage de l'utérus, on ne le commencera, comme nous l'avons dit, qu'au bout de huit à quinze jours de pansements, alors que les organes génitaux et leurs adhérences ont été suffisamment décongestionnées, ce qui facilite, d'ailleurs, le redressement des déviations.

Voici maintenant trois observations prises parmi celles que M. le Dr Le Fur a bien voulu nous communiquer. Les malades ont été traitées par la méthode que nous venons d'exposer. Elles se rapportent toutes trois à des cas subaigus et vont nous éclairer sur l'action du thigénol dans ces affections.

Observation I. — M..., cuisinière 38 ans. *Antécédents gynécologiques.* — Réglée à 14 ans sans douleurs, mais, depuis, fort irrégulièrement. A 35 ans, accouchement à terme, mais dans de mauvaises conditions hygiéniques. Depuis cette époque, pertes blanches abondantes, douleurs violentes à l'hypogastre et à la région lombaire. On fait à ce moment le diagnostic de métrite et de

prolapsus utérin. Mais bientôt apparaissent des hémorrhagies fort abondantes. Deux fois par mois,a lieu un écoulement sanguin considérable. Pendant vingt jours cette hémorragie dure. — Mauvais état général, anémie prononcée.

Examen. — Gros utérus métritique avec bosselures dans le fond ; des deux côtés les trompes sont volumineuses et douloureuses, surtout à gauche.

La malade nous dit que, depuis un an surtout, elle souffre beaucoup dans la fosse iliaque gauche, elle accuse aussi une douleur sous forme de coliques sur le trajet du côlon transverse ; elle a trouvé dans ses selles des rubans membraneux.

Diagnostic. — Fibrome probable en évolution, salpiogite double subaiguë, entérite muco-membraneuse.

Traitement.— Injections antiseptiques très chaudes matin et soir — ovules à l'ichthyol à 10 % tous les jours. Soulagement sensible des douleurs et de la leucorrhée en deux mois environ. Mais les hémorrhagies continuent avec la même abondance malgré XV gouttes d'hamamélis matin et soir. La malade cependant peut vaquer à ses occupations.

Le 8 décembre 1903, traitement au thigénol. Pansements avec une solution thigénolée à 20 0/0 tous les deux jours suivant la méthode décrite plus haut, ovules thygénolés à 15 0/0. les jours intercalaires. En même temps, nous continuons la teinture d'hamamélis. En un mois, dans les premiers jours de janvier, amélioration très sensible des hémorrhagies et de la leucorrhée. Sous l'influence des pansements, il se produisait un très notable écoulement des organes génitaux et cette décongestion a favorisé dans une grande mesure la diminution des hémorrhagies. Fin février, suppression presque complète des hémorrhagies.

Examen. — L'utérus, encore gros, a notamment diminué de volume. Les trompes sont à peu près normales et indolores. La salpingite est donc considérée comme guérie.

Observation II. — L...., sans profession, 26 ans. *Antécédents gynécologiques.* — Réglée à 13 ans avec douleurs. — Règles irrégulières depuis, et dysménorrhée habituelle.

Mariée à 19 ans. Pas de grossesse. La dysménorrhée n'a pas diminué ; depuis deux ans surtout, violentes douleurs à la fosse iliaque gauche et à l'hypogastre, très abondante leucorrhée. De temps en temps évacuation aqueuse considérable (venant des trompes) : douleurs lombaires.

Examen. — Utérus épaissi,col gros,entr'ouvert, forte leucorrhée. Ulcération du col étendue et profonde. Trompe gauche très volumineuse, tendue et douloureuse.

Diagnostic.— Métrite et salpingite subaiguë. Hydrosalpinx (la trompe a conservé sa communication avec l'utérus), vaste et profonde ulcération du col.

Traitement.— Injections antiseptiques très chaudes matin et soir. Pansements avec une solution d'ichthyol à 16 gr. p. 100 de glycérine ; ovules à l'ichthyol. Très légère amélioration en deux mois et demi. En janvier, pansements avec une solution de thigénol à 20 0/0 tous les deux jours et ovules thigénolés à 15 0/0 les jours intercalaires. Ecoulement très considérable hors des organes génitaux, évacuation de l'hydrosalpinx. Sédation absolue des souffrances. En deux mois, fin février, guérison complète de la métrite, de l'hydrosalpinx et de l'ulcération,

Examen. — L'utérus est à peu près normal, l'ulcération du col est cicatrisée *entièrement*; la trompe gauche a un volume à peu près normal, elle est tout à fait indolore.

Observation III. — M., 39 ans, sans profession. *Antécédents gynécologiques.* — Réglée à 13 ans et demi sans douleurs, toujours bien réglée.

Mariée à 24 ans. Pas de grossesse. Il y a 6 ans, les périodes menstruelles sont devenues plus longues et durent 6 à huit jours. Plus tard des douleurs hypogastriques et lombaires ont fait leur apparition.

Il y a 3 ans, véritables ménorrhagies — légère leucorrhée. Un médecin de Buenos-Ayres diagnostique un fibrome.

Depuis deux ans surtout. ménorrhagies et métrorrhagies profuses. Il est difficile de reconnaître l'époque des règles. La malade est la plupart du temps dans le sang. Les douleurs existent toujours et la leucorrhée est plus forte.

Actuellement, mauvais état général. Amaigrissemnet. Anémie. Constipation tenace.

Examen.— Utérus volumineux, en rétroversion ; le fibrome, s'il existe (?), est difficile à atteindre : on ne trouve pas de bosselures sur l'utérus. Le col est à peu près normal. Le cathétérisme de l'utérus accuse une profondeur cavitaire de 7 centim environ ; il n'y a rien aux annexes, mais l'utérus est saignant.

Diagnostic.—Métrite hémorrhagique probable. Rétroversion manifeste. Le diagnostic avec un fibrome du corps est très difficile.

Traitement. — 5 janvier, injections très chaudes suivant le procédé habituel. Pansement au thigénol à 20 % tous les deux jours, ovules de thigénol à 15 % les jours intercalaires. Ces pansements déterminent un très fort écoulement séreux. Au bout de huit jours seulement, massage et mobilisation de la masse utérine. Après 15 jours de traitement, les douleurs ont notablement diminué.

Au bout d'un mois, commencement de février, la malade se sent beaucoup mieux, la leucorrhée n'apparaît guère plus ; l'état général est plus favorable. Le poids du corps a augmenté de deux kilogrammes. Les hémorrhagies sont très diminuées.

Les règles du mois de février ont été moins profuses. Continuation du traitement. Fin février, au bout de deux mois, les hémorrhagies ont à peu près disparu. La masse utérine est très diminuée de volume.

Examen. — L'utérus a maintenant des dimensions presque normales. Il est mobile, la rétroversion est réduite.

Au mois de mars, les menstrues ont été normales.

. . . .

Tels sont les résultats obtenus avec le thigénol dans les affections subaiguës de l'utérus, des annexes et dans le traitement des hémorrhagies utérines. Sédation rapide des douleurs, disparition de la leucorrhée, des écoulements sanguins, guérison des ulcérations, retour de l'utérus et des annexes à l'état normal. Voilà bien un tableau des plus encourageants. Ces résultats, d'ailleurs, sont conformes aux résultats publiés par les auteurs allemands, avec cette différence

toutefois que nous les obtenons plus rapidement, et cela, sans doute, parce que nous employons des doses un peu plus élevées, ou que nos malades sont constamment sous l'influence de l'agent thérapeutique. Avec Neumann, nous attribuons ces succès aux propriétés résolutives très remarquables du thigénol, sans toutefois nier son action antiseptique, analgésique et peut être kératoplastique puisque, en effet, certains auteurs l'ont admise. Nous n'avons pas besoin d'insister ; nous en avons parlé dans notre précédent article. Mais cette action résolutive a frappé constamment tous les observateurs, ils ont tous constaté ces écoulements abondants causés par le thigénol : de ce fait, le thigénol s'annonce comme un médicament de premier ordre.

Mais puisque nous sommes d'accord pour reconnaître les bons effets du traitement thigénolé dans les affections annexielles subaiguës, d'où vient qu'il reste à peu près sans effet sur les annexites chroniques et les ulcérations siègeant sur des utérus atteints de métrite ancienne ? L'anatomie pathologique va nous l'enseigner.

Dans les lésions anciennes, chroniques, de l'utérus et des trompes, il est fréquent de trouver l'ostium uterinum de la trompe complètement fermé. Tantôt il s'agit de cette salpingite a forme parenchymateuse chronique décrite par Pozzi, et dans laquelle la trompe est transformée en un « cordon fibreux imperméable »,ou bien il s'agit de cette espèce d'hydrosalpinx appelée «occlusa» par Froriep, ou encore de pyosalpinx ; et l'on sait que dans cette affection les orifices tubaires sont généralement oblitérés. La trompe est transformée en cavité close.

Dès lors, comment voudrait-on que s'exerce l'action résolutive et décongestive du thigénol ou de tout autre médicament? Jamais un agent thérapeutique,quel qu'il soit, ne transformera un cordon fibreux sclérosé en un tissu normal, et comment un médicament à action aspirante, si l'on peut ainsi dire, comme le thigénol, pourrait-il évacuer le contenu d'un hydrosalpinx chronique ou d'un pyosalpinx, puisque la porte de sortie est irrémédiablement fermée ? Cela est impossible.

Voilà donc pourquoi les observations recueillies sur des cas de salpingites chroniques volumineuses n'ont donné aucun résultat satisfaisant, même en employant des doses élevées de thigénol, 45. 0/0 environ : nous n'obtenions, en effet, que la sédation des souffrances salpingiennes, sans modifications anatomiques.

Quant aux vastes ulcérations que nous avons traitées sur des utérus volumineux atteints de métrite ancienne,si nous n'obtenions qu'une amélioration peu sensible, c'est que ces ulcérations sont de nature fibreuse, d'apparence ligneuse, atones, et l'action résolutive et kératoplastique ne saurait évidemment s'exercer sur du tissu fibreux.

Dans les cas subaigus, au contraire, nous avons affaire à des lésions tout opposées, de salpingite et d'ulcérations. Ici l'ostium uterinum est rarement oblitéré ; souvent il reste perméable, puisque il est possible parfois de faire le cathétérisme des trompes. On comprend donc aisément qu'un hydrosalpinx ouvert, ou une affection catarrhale des trompes peut se vider par l'utérus sous l'influence de l'agent aspirateur ou décongestionnant. C'est en effet ce que nous avons remarqué dans plusieurs observations. Pour les pyosalpinx cependant, même subaigus, l'intervention chirurgicale seule paraît donner de bons résultats, à moins, chose improbable, que l'orifice utérin de la trompe soit resté perméable, auquel cas un traitement médical agirait sans doute.

Cependant, puisque nous savons que le danger des salpingites kystiques anciennes vient surtout de leur impossibilité de s'évacuer par l'ostium uterinum oblitéré, peut-être n'est-il pas téméraire d'admettre, en s'appuyant sur l'action décongestive du thigénol, que nous pourrons, avant les périodes chroniques,lutter avec avantage contre ces affections.

Quand les orages du début seront calmés, nous pourrons en effet, en décongestionnant les trompes, diminuer sensiblement la tuméfaction de leur muqueuse, faciliter la perméabilité de l'orifice utérin et ouvrir un passage à l'écoulement Nous pourrons ainsi transformer peut-être un pyosalpinx récent en un hydrosalpinx ouvert, comme la nature nous en donne maints exemples. Par la même action thérapeutique, nous pourrons arrêter le développement des processus ulcéreux sur la paroi tubaire et diminuer d'autant les chances de rupture dans le péritoine.

L'ovaire scléro-kystique ne prend pas toujours d'emblée cette forme, et souvent cette lésion définitive a procédé par étapes. Nous pourrons donc aussi enrayer dans une certaine mesure le développement de la sclérose et chercher en tout cas à retarder, chez les femmes, l'évolution d'une aussi douloureuse maladie.

Il est impossible, malheureusement, de donner sur ce sujet des indications précises ; nous touchons là aux frontières du domaine chirurgical, et sur cette question chaque praticien a son modus faciendi, qui, du reste, est essentiellement variable comme la diversité des cas eux-mêmes.

La guérison des ulcérations s'explique par ce fait que, dans des affections subaigües elles n'ont pas eu le temps d'évoluer vers la sclérose, elles sont encore bourgeonnantes, saignantes et dès lors modifiables par le thigénol qui fortifie dans ce cas son action résolutive par ses propriétés kératoplastiques et antiseptiques.

Nous comprenons maintenant pourquoi, même à dose élevée, le thigénol dans les affections chroniques n'aboutit qu'à la guérison de la métrite seule, modifie peu les ulcérations profondes du col, et, tout en déterminant l'indolence des phlegmasies annexielles liées à ces métrites, ne peut arriver à éteindre ces mêmes phlegmasies, et pourquoi, au contraire, dans les cas subaigus, nos résultats sont plus manifestes. Nous sommes donc d'accord avec les Allemands pour proclamer, dans ce sens, la guérison des métrites, des ulcérations du col et des annexites avec ou sans épanchement.

Nous devions arrêter là notre étude clinique du thigénol en petite gynécologie, s'il n'était venu à notre connaissance une remarque importante en pratique, et qui n'a encore jamais été faite.

Le thigénol n'est pas toxique sans doute, et il ne produit pas de phénomènes d'intolérance. Cependant, d'après une observation qui nous a été communiquée, certains sujets paraissent avoir pour le thigénol une véritable idiosyncrasie. Ces faits jusqu'à présent sont extrêmement rares,

puisque dans toute la littérature médicale nous n'en connaissons aucun. A la suite des pansements thigénolés faits cependant à dose faible, 20 0/0, dans des cas subaigus, des vomissements alimentaires quelques heures après le repas ont été observés, et cela sans cause appréciable, et sans aucune autre manifestation toxique. La malade dont il s'agit n'avait jamais présenté aucun symptôme de gastrite ou de dyspepsie.

Ces vomissements coïncidaient avec chaque pansement. Ils venaient sans effort, sans malaise, sans signes précurseurs notables. Ils ont disparu le jour où l'on a cessé l'emploi du thigénol. Ce ne sont pas là certainement des phénomènes toxiques graves, ce serait plutôt un cas d'idiosyncrasie, probablement pour le soufre, dont le thigénol contient une forte proportion. Il possède en solution des sulfures organiques qui lui donnent un arrière-goût légèrement alliacé. Or nous savons que certains sujets réagissent de la même manière s'il leur arrive d'absorber de l'ail avec les aliments. Ce serait donc pour nous un phénomène physiologique analogue. Nous savons, du reste, qu'on observe avec l'ichthyol des manifestations toxiques bien plus prononcées. Cependant, malgré leur rareté, il est bon d'en prévenir les praticiens afin qu'ils ne rapportent pas à des poussées aiguës péritonéales un phénomène banal de susceptibilité individuelle.

Quoi qu'il en soit, ces constatations exceptionnelles ne retirent pas au thigénol sa valeur thérapeutique en gynécologie courante, pas plus que les cas défavorables observés ne retirent à l'ichthyol ses qualités. Si donc, nous avons conseillé des doses élevées de 40, 45 pour 100 dans les cas invétérés, notre opinion n'a pas varié ; et nous continuons en conseillant l'emploi du thigénol dans les affections subaiguës. On pourra seulement se servir ici d'une solution à 20 % environ et de préférence chaque jour suivant la méthode que nous avons exposée. Dans presque tous les cas on notera la guérison des métrites subaiguës avec ou sans hémorrhagies, des ulcérations du col mêmes profondes et étendues ; on assistera à la disparition rapide des salpingites subaiguës avec ou sans épanchements liquides.

Enfin si nous mettons à part les cas d'annexites chroniques sur lesquels aucun agent médicamenteux n'agit sérieusement, nous arriverons à cette conclusion générale que le thigénol sciemment employé et avec méthode est appelé à rendre les meilleurs services en petite gynécologie.

Dr M. Nigoul,
Ancien interne de l'hôpital Péan.

HYGIÈNE

La désinfection obligatoire

Le Fumigator aux expériences du Comité consultatif d'hygiène de France.

Dans le n° 8 du 20 février 1904 du *Concours Médical*, à propos de la désinfection des grands cubages, nous disions : « Dès que le Comité consultatif d'hygiène publique de France aura terminé ses travaux, nous publierons son rapport au Ministre de l'Intérieur sur le « Fumigator » qui, actuellement, est considéré comme le procédé de désinfection le plus pratique, le seul dont on puisse attendre la vulgarisation de cette sage mesure édictée par la loi du 15 février 1902 : la désinfection après maladies contagieuses. »

Le Ministre de l'Intérieur ayant informé les intéressés des décisions prises concernant les appareils soumis à l'examen du Comité consultatif, — ce journal a été le premier à faire connaître la décision se rapportant au Fumigator — il n'y a plus aucun inconvénient, nous voulons dire aucune indiscrétion, à faire connaître les détails des expériences faites dans le laboratoire du Comité.

Et d'abord disons en deux mots ce qu'est le Fumigator.

Le Fumigator est un appareil qui, sous la forme la plus simple, permet d'évaporer la plus grande quantité d'aldéhyde formique, dans le temps le plus court. Il est donc destiné à la désinfection des locaux.

Il consiste essentiellement en une cartouche formée d'une mince enveloppe de cuivre qui contient du trioxyméthylène et se trouve entourée d'une pâte combustible spéciale. Celle-ci, allumée à sa partie supérieure, qui est brun foncé, brûle lentement, sans flamme, et porte le trioxyméthylène à la température nécessaire pour sa volatilisation.

Suivant la grandeur de la pièce à désinfecter, on y allume une ou plusieurs cartouches qui, en quelques minutes, en saturent l'air ambiant de vapeurs microbicides.

Le Fumigator comporte à la fois l'appareil et l'antiseptique, et, pour la somme la plus minime, il met entre les mains du médecin et pour ainsi dire *dans sa poche*, le moyen le plus commode, le plus efficace et le plus *discret* d'assurer, en tout lieu et à toute heure, une désinfection rapide et complète.

Par ce procédé, aucune détérioration n'est à craindre et les locaux soumis à son action sont réhabitables le jour même.

Le *Fumigator* étant présenté, disons maintenant à quelles épreuves il fut soumis avant de recevoir l'estampille ministérielle dont il fut jugé digne.

La Société du Fumigator m'a prié de m'adjoindre à son directeur et de suivre les expériences au nom du « Concours Médical ».

52, boulevard Montparnasse, au-dessus du laboratoire du Comité, dans une pièce d'appartement meublée d'une armoire, d'un lit, d'un bureau, d'une étagère, garnie de tapisseries, de rideaux, etc : c'est là que s'effectuent les expériences.

Pour se rapprocher des conditions normales de la réalité, on laisse tous ces objets dans le local, à l'exception de la literie, et c'est sur chacun de ces meubles, ou dessous, ou à l'intérieur, ou encore dans les poches d'une redingote, dans les plis des rideaux, dans les rainures d'un fauteuil que l'on dissémine les microbes les plus variés : le bacille de la *diphtérie*, le bacille *typhique*, le *bacille coli*, le *staphylocoque doré*, des *spores du charbon*, le *bacille de Koch*.

Quant aux conditions d'exposition, elles sont les suivantes : les papiers imprégnés de ces diverses cultures de bactéries sont placés dans des enveloppes ouvertes, d'autres sont dans des enveloppes *fermées*, d'autres encore sont dissimulés dans des blocs de drap sous une, deux, trois épaisseurs.

Le 16 juillet, à 9 heures du matin, tout étant ainsi disposé, nous allumons dans cette pièce, vrai foyer microbien *capable d'enrichir, en un jour, l'Achéron*, cinq fumigators n° 3 sous la surveillance d'une commission composée des plus hautes sommités scientifiques. Le Président est le Dr Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur. Les membres de la commission sont : MM. Netter professeur agrégé à la faculté de médecine; Gariel, ingénieur en chef des Ponts-et-Chaussées, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine ; G. Pouchet, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de toxicologie à la Préfecture de police ; Binot, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; Bonjean, chef du Laboratoire du Comité consultatif d'Hygiène de France. Le rapporteur de la commission est M. le Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation de la ville de Paris.

Les fumigators étant allumés, nous quittons la pièce, fermons les portes et obturons les interstices. Sept heures plus tard, les portes sont ouvertes à nouveau, les produits et germes soumis à la désinfection sont enlevés et ensemencés dans des milieux de culture qui seront examinés après 12 heures, 24 h.. 36 h., 48 h., 3 jours, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 20 et 30 jours.

A aucun moment, les bacilles pathogènes que nous avons énumérés ne se reproduiront ; ils ont été détruits, complètement détruits par le Fumigator.

Il faudrait être un pessimiste invétéré, incurable, pour douter après cela de l'efficacité du Fumigator. Les résultats de telles expériences ne sont-ils pas les garanties les meilleures qu'on puisse exiger pour l'emploi d'un procédé de désinfection duquel dépendra peut-être la vie de toute une famille ?

Il est impossible, à chacun de nos confrères, au milieu des multiples tracas journaliers que leur donne la profession, de s'assurer par eux-mêmes de l'efficacité d'un procédé, autrement que par la pratique. La loi de 1902 est venue les décharger d'une grande responsabilité en décidant que dorénavant tous les appareils à désinfection devraient obtenir l'autorisation ministérielle avant d'être considérés comme efficaces.

Et ce souci qu'elle enlève aux praticiens compense largement le petit ennui de la déclaration à la mairie, surtout si l'on considère qu'un appareil comme le Fumigator, par la *discrétion absolue* avec laquelle il peut être employé, ménagera les susceptibilités légitimes du corps médical sur le principe intangible du secret professionnel.

Dr A. Leroy,
Ancien Interne des hôpitaux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Philanthropie vingtième siècle.

Ci-dessous deux documents qui viennent d'être lancés dans le corps médical parisien avec l'estampille d'un confrère et l'indication de ses titres.

Les bras nous en tombent. Où s'arrêtera l'inconscience des médecins ? Alors que la misère vient s'asseoir à nos foyers par l'invasion du parasitisme, des collectivités, des abonnements et du forfait, on est stupéfait de voir dans nos rangs des hommes qui rêvent de diriger vers les milieux plus riches le courant qui a déjà dévasté la partie la moins fortunée de nos clientèles. — Jadis, nous avons réussi à tuer toutes les « Fraternelles » de ce genre organisées par des spéculateurs ; nos sociétés professionnelles croyaient en être débarrassées pour un temps.

Et voilà qu'un médecin, un confrère ! vient ressusciter ces inventions soi-disant philanthropiques, faire appel aux appétits des accapareurs égoïstes, des arrivistes besogneux, des ambitieux de toute sorte, détournant les familles de l'homme qui avait leur confiance, par l'appât de soins merveilleux et à bon marché.

« Imaginez-vous, nous écrivait hier un médecin du Midi, qu'en arrivant dans le département du G..., j'ai trouvé encore en vigueur le régime des honoraires à l'abonnement, monstruosité que je pensais antédiluvienne ! »

Eh bien! l'étonnement de notre correspondant va cesser à la lecture des lettres ci-dessous. C'est le Midi qui était en avance, cher ami, et un confrère philanthrope va mettre Paris dans le mouvement.

A moins que . . . . les leçons de philanthropie de l' « *Union médicale* » ne reçoivent l'accueil qu'elles méritent, c'est-à-dire le dédain ou la conduite de Grenoble que le Syndicat de la Seine a le devoir de leur réserver.

Philanthropes ! Allons, Messieurs de l'Union, si vous prétendez à ce titre, sachez que vous devez d'abord vous incliner respectueusement devant la confiance des familles en leur médecin : c'est intangible, cela.

Hors de là, il reste assez à faire pour votre altruisme et votre argent.

L'UNION MÉDICALE

36, rue du Colisée (8me arrondissement).

Paris, le 23 mars 1904.

Mon cher confrère,

Quelques-uns de mes amis ont eu l'idée d'entreprendre une œuvre, surtout philanthropique, destinée à prémunir les familles peu fortunées contre les grosses dépenses qu'entraîne la maladie d'un de leurs membres.

La notice ci-jointe vous mettra au courant de l'économie du projet.

Ces amis veulent avoir dans Paris 80 médecins de quartier ; chaque médecin devant toucher par adhérent domicilié dans sa circonscription une redevance annuelle de 25 francs, payable par trimestre. Ils m'ont chargé de constituer le service médical de l'Administration prête à fonctionner, vous plairait-il d'y entrer comme médecin de *votre quartier* ?

Si en principe la proposition vous agrée ; sauf examen ultérieur plus approfondi, je compte sur une lettre de vous dans les 48 heures (nous sommes pressés par le temps), ou sur une visite dans le même délai.

Il va sans dire que la présente, comme votre réponse n'ont *rien d'officiel*.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentimemts les plus dévoués.

A. Guépin.

L'UNION MÉDICALE
36, Rue du Colisée, PARIS
Bureaux ouverts de 9 à 11 heures et de 2 à 6 heures
CHEF DES SERVICES MÉDICAUX
M. le Docteur GUÉPIN, Chirurg. de l'Hôpital Péan
Chirurgien consultant du Ministère de la Justice

Paris, le 1904.

Nous avons l'honneur d'appeler votre attention sur les sérieux avantages économiques et pratiques que notre administration assure à ses adhérents.

De toutes les causes qui peuvent exercer une action funeste sur le budget le plus rigoureusement établi et le plus sagement administré, *la plus redoutable à coup sûr, dans ses conséquences, est la maladie.*

Indépendamment, en effet, du préjudice direct qu'elle peut causer, si la maladie s'abat sur le chef de famille, en entravant le cours de ses affaires ou l'exercice de sa profession, il faut compter sur *les frais souvent considérables qu'elle entraine à sa suite.*

Les honoraires du médecin, du chirurgien, du spécialiste, les prix des remèdes et, le cas échéant, les frais d'hospitalisation dans une maison de santé, prennent alors dans le budget, déjà grevé par l'arrêt de la profession, une place dont *il est impossible de prévoir et de limiter à l'avance l'importance.*

Et cependant, en dehors des Bureaux de Bienfaisance et des Sociétés de Secours Mutuels, dont le fonctionnement (très imparfait et critiqué à juste titre) n'a été prévu que pour les classes indigentes ou en faveur de catégories restreintes de fonctionnaires ou d'employés, *rien n'a été fait jusqu'à ce jour pour prémunir l'individu et la famille contre les risques si redoutables de la maladie.*

L'assurance prévoit et garantit d'innombrables risques (incendie, grêle, naufrage, bris des glaces, transports, vol, mort, etc ...), elle permet la constitution d'une dot, pour les enfants, d'une rente ou d'une retraite pour les vieillards, etc..., elle *laisse la maladie en dehors de son action.*

L'Union Médicale est destinée à *combler cette lacune.*

Moyennant un abonnement annuel de cent francs payable d'avance, par fractions trimestrielles de 25 francs chacune, nos adhérents ont droit pour eux, les membres de leur famille et toutes autres personnes salariées résidant habituellement avec eux, à la gratuité.

1° *Des consultations et des visites d'un médecin du Quartier.*— Dans l'intérêt commun, les adhérents ne doivent faire appeler le docteur à domicile qu'en cas d'impossibilité ou de danger d'une sortie ; dans tous les autres cas, il doivent se rentre à son cabinet aux heures de consultations.

2° *Des consultations et des visites d'un chirurgien.* (La Direction s'est assuré le concours de dix chirurgiens pour Paris). — Toutes opérations reconnues nécessaires seront faites sans honoraires à payer au chirurgien, les frais accessoires seuls restant à la charge de l'adhérent.

3° *Des soins d'un Médecin accoucheur* (La Direction s'est assuré le concours de dix spécialistes pour Paris).— Ces soins comprennent : les consultations pendant le cours de la grossesse, l'accouchement proprement dit et une visite quotidienne pendant les huit jours suivants.

4° *Des soins donnés par l'un des spécialistes* dont la Direction s'est assuré le concours pour :

Les maladies des yeux,
Les maladies du larynx, du nez et des oreilles.
Les maladies des enfants.

En cas d'opérations, même observation que pour les chirurgiens.

Les sacrifices que nous nous sommes imposés dans ce but, aussi bien que la haute compétence du chef de nos services médicaux et son zèle éclairé, nous permettent d'affirmer que nos adhérents trouveront auprès des praticiens de l'*Union Médicale* les mêmes attentions et les mêmes soins scrupuleux que leur clientèle ordinaire.

En outre, nos adhérents ont droit à des *remises speciales* :

A. Chez un ou deux *Pharmaciens* dans chaque quartier (20 à 30 %) ;
B. Chez un *Orthopédiste Bandagiste* (30 à 40 %);
C. Chez un *Opticien* (25 °/₀) ;
D. Chez un spécialiste pour *Produits et Accessoires* de pansement en cas d'opération (20 à 30 °/₀) ;
A un *tarif réduit* de la part des Associations ou Administrations ;
D'*Infirmiers ou Infirmières gardes-malades* (remise variable);
De *Masseurs ventouseurs* (remise variable);
De *Voitures d'ambulances* (30 %);
D'*Assainissement et de desinfection* des appartements et objets mobiliers,
D'*Établissements d'hydrothérapie, d'électrothérapie.* de gymnastique médicale, etc.

Avec leur contrat, les adhérents reçoivent une Carte nominative, signée du Directeur, dont la présentation les accrédite auprès des Docteurs, Spécialistes, Pharmaciens et fournisseurs attitrés de leur quartier ou de leur circonscription.

Toutes les quittances trimestrielles, signées du Directeur, sont encaissées à domicile.

L'Adhérent qui veut faire cesser son abonnement doit en donner avis à la Direction lors du paiement de la quatrième et dernière quittance trimestrielle de l'année en cours.

Nous aimons à espérer que la lecture de notre notice vous aura convaincu de l'utilité de nos services et que la modicité de leur prix nous vaudra votre adhésion.

Veuillez agréer, M. l'expression de nos sentiments les plus distingués,

L'Union Médicale.

Presque au même moment que les documents ci-dessus, nous recevons un numéro de la *Mutualité nouvelle* », (journal de M. L. Mabilleau nous dit notre correspondant), où nous trouvons cette autre information :

FÉDÉRATION MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE.

Un Comité d'initiative, ayant à sa tête M. le docteur Miette, vient de se constituer à Paris et d'adresser un appel aux présidents des Sociétés mutuelles parisiennes pour leur soumettre le projet de créer à Paris une *Association de sociétés de secours mutuels* ayant pour but d'assurer, dans les meilleures conditions possibles, les soins médicaux et pharmaceutiques.

L'organisation des services suivants, qui viendront compléter ceux déjà établis, a été mise à l'étude :

1° *Polielinique de médecine et de chirurgie* pour maladies des yeux, du nez, de la gorge et des oreilles, dermatologique et affections vénériennes, maladies des voies urinaires, maladies nerveuses ou mentales, gynécologie, maladies des enfants, orthopédie, radiographie, électrothérapie, etc. ;

2° *Services annexes*, analyses chimiques et micrographiques, vaccinations et revaccinations, service de garde-malade, service d'accouchement, médecin-dentiste ;

3° *Dispensaire*, dans lequel se trouvent tous les objets nécessaires au pansement, les appareils de désinfection, etc. ;

4° *Pharmacies mutualistes* en nombre suffisant pour satisfaire aux besoins d'une grande ville comme Paris ;

5° *Droguerie centrale,* fournissant les pharmacies mutualistes de Paris et de toute la France ;

6° Et enfin, dans un avenir prochain, une *maison de santé*, où les mutualistes contraints d'abandonner momentanément leurs foyers pourront se faire soigner pour ainsi dire en famille.

Tel est le vaste programme qui se trouve à l'étude à l'effet de constituer la *Fédération médicale et*

pharmaceutique des sociétés de secours mutuels de France.

S'agit-il là de la même œuvre *philanthropique* que celle dont M. le Dr Guépin dirige les services médicaux ? Ou bien est-ce une autre Maison qui n'est pas au coin du quai ?

Nous l'ignorons. Mais nous savons une chose: c'est que, devant cette coalition des parasites, une autre se prépare chez les pharmaciens et les médecins soucieux de faire respecter leur profession. C'est tout haut, cette fois, qu'on y parle de grève, et nous saurons nous arranger pour que, dans le recrutement du personnel qu'elles recherchent, les organisations projetées trouvent bien exclusivement les éléments qui conviennent à la médecine et à la pharmacie comprises de la sorte.

D'aucuns s'étonneront encore de nous voir prendre au sérieux (sinon au tragique) ces projets préparés contre nous. Mais avons-nous le droit d'oublier que, dans le Parlement, vient de se constituer un groupe de la mutualité qui n'a nullement annoncé le désir de faire cesser les allures menaçantes de celle-ci à l'égard des médecins et des pharmaciens ? Et pouvons-nous rester impassibles devant le conseil à nous solennellement donné, ces jours-ci. dans le *Journal*, par M. le Dr Toulouse, *fonctionnaire aliéniste*, d'accepter de devenir tous *fonctionnaires* ?

Eh bien ! non : nous n'accepterons pas cela. Au contraire, nous crions « sus » à tous les asservis qui veulent nous entraîner dans l'état de domesticité. S'ils s'y trouvent bien,qu'ils y restent ; qu'ils fassent des recrues parmi les arrivistes, les assoiffés de rubans, de médailles et de colifichets dignes de leur grand caractère ; qu'ils acceptent et fassent accepter par ceux qui iront en rougissant s'enrôler sous leur bannière, les diagnostics officiels, les traitements officiels, les limitations de droits, les blâmes, les congés donnés comme à la bonne qui a cessé de plaire ; qu'ils galvaudent le secret professionnel, la confiance de leurs malades, tout le prestige médical, toutes les traditions qui font notre force. On fait ce que l'on peut.

Mais, quand l'expérience leur aura montré, dans quel guêpier ils sont tombés et ont entraîné, sinon la profession qui ne les suivra pas, mais les plus faibles d'entre nous, les ignorants, les débutants, qu'ils ne viennent plus tendre la main à la porte du «Sou médical» et des autres Sociétés de défense. Nos œuvres de pieuse solidarité ne sont pas faites pour les traîtres à celle-ci. Mutualistes de mauvais aloi, idolâtres des collectivités qui nous sont hostiles et ne rêvent que notre asservissement, ils règleront sans nous leurs comptes avec les maîtres dont ils se font les valets, et c'est là qu'il faudra déchanter.

Rira bien qui rira le dernier.

REPORTAGE MÉDICAL

Internat des hôpitaux de Paris. — Ce concours vient de se terminer par la nomination des 59 internes dont les noms suivent :

MM. 1 Poisot; 2 Mocquot; 3 Merry; 4 Fiessinger ; 5 Blanluet; 6 Küss; 7 Ferrand ; 8 Baudouin ; 9 Moncany ; 10 Deniker; 11 Desmoulins ; 12 Coutelas ; 13 Pappa ; 14 Germain ; 15 Simon ; 16 Molimard ; 17 François ; 18 Kauffmann ; 19 Herbinet ; 20 Chochon-Latouche ; 21 Barbier ; 22 Carlotti ; 23 Rendu ; 24 Trouvé ; 25 Esmein ; 26 Norero ; 27 Huchet ; 28 Rabinovitch ; 29 Rouhier ; 30 Ameuille ; 31 de Fourmestraux ; 32 Labarrière ; 33 Oppert ; 34 David ; 35 Billaudet; 36 Amblard ; 37 Camus ; 38 Berthaux ; 39 Nathan ; 40 Gruget ; 41 Demanche ; 42 Francoz ; 43 Cottard ; 44 Teisseire ; 45 Barbe ; 46 Villandre ; 47 Krantz ; 48 Renaudin ; 49 Filhoulaud ; 50 Guimbellot ; 51 Favreuil ; 52 Caron ; 53 Gougerot ; 54 Maugeais ; 55 Lemaire (Jules) ; 56 Burgaud ; 57 Daversin ; 58 Baldenwek ; 59 Matry.

Sont nommés internes provisoires les 66 candidats dont les noms suivent :

MM. 1 Durand (Léon) ; 2 Durand (Gaston) ; 3 Grandchamp ; 4 Fage ; 5 Dubois ; 6 Vigneron d'Heucqueville ; 7 Brulé ; 8 Bory ; 9 Léan ; 10 Gy : 11 Rœderer ; 12 Perrin ; 13 Hubert; 14 Hérisson ; 15 Giroux ; 16 Harvier ; 17 Cottard (Lucien) ; 18 Gomand ; 19 Burcker ; 20 Lebras ; 21 Planson ; 22 Ménard ; 23 Milhit ; 24 Jourdat ; 25 Chauvois ; 26 Vincent (Clovis) ; 27 Raymond ; 28 de Gandt ; 29 Moulu ; 30 Garban ; 31 Privat ; 32 Lasnier ; 33 Seulecq ; 34 Le Moine ; 35 Moyrand ; 36 Boivin ; 37 Bourdier ; 38 Burnier ; 39 Blairon ; 40 Benoit ; 41 Feuillié ; 42 Guérin ; 43 Ferté ; 44 Chazarain ; 45 Grimbert ; 46 Girandeau ; 47 Guyader ; 48 Bour ; 49 Vincent (René) ; 50 Bord ; 51 Chenot ; 52 Reubsaït ; 53 Vézard ; 54 Chastagnol ; 55 Sauphar ; 56 Tournay ; 57 Jouvin ; 58 Lemaire (Louis) ; 59 Dupouy ; 60 Trèves ; 61 Quinsac ; 62 Marsan ; 63 Doury ; 64 Vouters ; 65 Perrigault ; 66 Bonvoisin.

BIBLIOGRAPHIE

La santé publique. Législation sanitaire de la France, par M. Henri Monod, conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, membres de l'Académie de médecine. (*Hachette et Cie*, prix 7.50).

Le dessein de l'auteur, en exposant notre législation sanitaire, a été de répandre la connaissance des vérités scientifiques sur lesquelles cette législation est fondée, et surtout de rendre chaque lecteur attentif à la responsabilité qui découle pour lui de cette connaissance.

Ce n'est pas impunément qu'on s'instruit. Un homme qui secoue un tapis au-dessus d'une rue populeuse peut ne pêcher que par ignorance ; mais, comme le dit l'auteur dans sa préface, *s'il sait* que sur ce tapis se sont desséchés les crachats d'un tuberculeux, *s'il sait* que ces poussières qu'il fait pleuvoir contiennent, par milliers, le bacille de la tuberculose ; que ces bacilles vont pénétrer dans les voies respiratoires des passants, parmi lesquels il y en aura presque certainement qui sont prédisposés à la terrible maladie, cet homme est un malfaiteur au même titre que s'il empoisonnait les fontaines publiques.

L'ouvrage est heureusement complété par la publication de très nombreuses pièces annexes, lois, décrets et instructions relatifs à la police sanitaire maritime, à la déclaration des maladies transmissibles, à la vaccination et revaccination obligatoire, désinfection, etc. L. G.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 15 9 AVRIL 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES
GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN
Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.
FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS
POUR L'INDEMNITÉ EN CAS DE MALADIE

Réunion trimestrielle du Conseil 24 mars 1904.

Présents : MM. Maurat, H. Cézilly, Gassot, Mignon et Jeanne.

Excusé : M. le Dr Lepage.

Il est procédé d'abord au vote des indemnités ci-dessous :

Indemnités.

Nos		Fr.	
6	3 mois	300	»
29	60 jours	600	»
38	40 jours	400	»
40	6 jours	60	»
47	30 jours	300	»
60	47 jours	470	»
80	3 mois	300	»
96	21 jours	210	»
132	6 jours	60	»
147	15 jours	150	»
150	3 mois	300	»
154	18 jours	180	»
171	17 jours	170	»
173	3 mois	300	»
179	14 jours	140	»
203	3 mois	300	»
224	1 jour	10	»
228	60 jours à 10 fr.	600	»
	+ 63 jours chroniques	209	80
238	3 mois	300	»
242	59 jours	590	»
279	59 jours	590	»
284	8 jours	80	»
286	5 mois chroniques	500	»
	+ 18 jours chroniques	59	95
299	46 jours	460	»
309	42 jours	420	»
343	16 jours	160	»
362	3 mois	300	»
377	8 jours	80	»
386	3 mois	300	»
455	9 jours	90	»
458	3 mois	300	»
469	38 jours	380	»
477	8 jours	80	»
487	30 jours	300	»
488	3 mois	300	»
495	25 jours	250	»
501	3 mois	300	»
507	11 jours	110	»
531	6 jours	60	»
566	30 jours	300	»
587	60 jours à 10 fr	600	»
	+ 4 jours chroniques	13	30
593	3 jours	30	»
627	45 jours	450	»
663	45 jours	450	»
672	60 jour à 10 fr.	600	»
	+ 41 jours chroniques	136	55
685	39 jours	390	»
749	60 jours à 10 fr.	600	»
	+ 31 jours chroniques	103	25
793	9 jours	90	»
826	7 jours	70	»
864	50 jours	500	»
870	5 jours	50	»
880	60 jours à 10 fr.	600	»
	+ 39 jours chroniques	129	85
895	10 jours	100	»
901	56 jours	560	»

904	41 jours	410 »
907	27 jours	270 »
912	40 jours	400 »
928	60 jours à 10 fr...	600 »
	+ 4 jours chroniques	13 80
945	58 jours	580 »
	Total	**19.116 »**

Admissions.

Combinaison A.

1. — Pour être admis à partir du 1er janvier 1904.

MM. les docteurs :
Lacombe, à Séverac-le-Château (Aveyron).
Berton, à Forges (Dordogne).
Dupuy, à Manciet (Gers).

Une admission est réservée pour cause de santé. Une autre est reculée jusqu'à l'admission à la Société Centrale de l'A. G.

2. — Pour être admis à partir du 1er avril 1904.

MM. les docteurs :
Delvincourt, à Pierrepont (Aisne).
Canonne, à Angers (Maine-et-Loire).
Lorentz, au Havre (Seine-Inférieure).
Lafite-Dupont, à Génissac (Gironde).
Daclin, à Vinay (Isère).
Bleicher, à Aix-les-Bains (Savoie).
Gaudin, à Roche-la-Morlière (Loire).
Leroy, à Beuzeville (Eure).
Dugat, à Auzances (Creuse).
Dupret, à Flavy-le-Martel (Aisne).
Perrin, à Bezons (Seine-et-Oise).
Bourlier, à Alger (Algérie).
Nicolas, à Oran (Algérie).
Guy, à Villeneuve, (Lot-et-Garonne).
Génévrier, à Sénozan (Saône-et-Loire).
Hermite, à Grenoble (Isère).
Janvier, à Sampigny (Meuse).
Truelle, à Paris.

Combinaison B.

1. — A dater du 1er janvier 1904. MM. :
Guidi, à Nice (Alpes-Maritimes).
Hérin, à Mouchecourt (Nord).
Vadon, à Saint-Raphaël (Var).

2. — A dater du 1er avril 1904, MM. :
Lestra, à Lyon (Rhône).
Couturier, à Mérinchal (Creuse).
Gaudon, à Bourg-des-Comptes (Ille-et-Vilaine).
Tanguy, à Landerneau (Finistère).
Maussire, à Jouvel (Haute-Saône)
Jouve-Balmelle, à Aramon (Gard).

Soit 30 membres nouveaux.

M. le Dr Mignon, secrétaire général, expose que, suivant sa promesse faite à l'assemblée générale, il a multiplié les précautions et les rappels pour épargner aux sociétaires les conséquences des oublis et des négligences, sans parvenir à mettre tout le monde à l'abri des pénalités.

M. le Dr Jeanne rappelle que, de son côté, il a encombré le journal d'avis permanents, dans le même but, sur les instances du Secrétaire général et du Trésorier.

Après échange d'observations et de renseignements sur les irrégularités commises, le conseil tombe d'accord sur l'impossibilité de ne pas appliquer les pénalités aux délinquants. Par eux, le contrôle est menacé, le pacte statutaire est amoindri, les frais sont augmentés, la comptabilité se complique. Devant les chiffres qui grossissent, la règle s'impose : il faut que nos confrères apprennent même à leurs dépens que *les affaires sont les affaires.*

De cette nécessité découlent les décisions suivante :

Le No 150 demande que l'on propose à la prochaine Assemblée générale que les chroniques soient dispensés du certificat médical de quinzaine. Le Conseil repousse cette demande et charge, au contraire, le Secrétaire général d'être plus sévère pour les envois de ces certificats, et de ne plus tolérer des irrégularités qui deviennent de plus en plus fréquentes.

Les Nos 228, 286 et 386, qui n'ont pas envoyé régulièrement leurs certificats de quinzaine, sont, *pour cette fois*, excusés, vu les circonstances ayant occasionné leur négligence.

Le No 377 s'est vu réduire son indemnité de 31 jours à 8 jours pour n'avoir envoyé le certificat que 27 jours après le début de sa maladie.

Quant aux Nos 421 et 574, qui n'ont pas donné signe de vie depuis 4 à 5 mois, malgré les rappels au règlement publiés dans le *Concours*, il est décidé qu'on attendra leurs réclamations pour les régler et qu'alors on leur appliquera les sanctions prévues à l'article 31 des statuts.

Préparation d'une Assemblée générale extraordinaire.

M. le Dr Maurat, président, donne ensuite lecture des documents suivants préparés pour l'assemblée générale qui sera réunie le 16 avril 1904 au siège social, 23 rue de Dunkerque, à l'effet de statuer 1° sur les conditions d'organisation de la combinaison C ; 2° sur les modifications statutaires qui en résulteront.

Le Conseil décide que ces documents seront publiés au no 15 du *Concours Médical* de façon à ce que les sociétaires aient une semaine entière pour en faire l'étude préalable.

Dans sa dernière assemblée générale du 15 novembre 1903, l'Association amicale a voté le principe de la création d'une nouvelle combinaison C destinée à remplacer pour l'avenir la combinaison B, reconnue dangereuse, et sur les bases suivantes :

1° Indemnité de maladie jusqu'à 65 ans.

2° A partir de cet âge, suppression de l'indemnité de maladie remplacée par une retraite de 1200 fr.

3° Remboursement des primes versées pour la retraite en cas de décès du sociétaire avant l'âge de sa retraite.

4° Recherche des moyens à employer pour permettre aux anciens sociétaires âgés de plus de 50 ans, de passer de la combinaison A ou B à la combinaison C.

Conformément à cette décision, M. Fleury, notre actuaire dévoué, se mit au travail et nous présenta l'étude suivante que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs.

Rapport à M. le président de l'Association amicale des médecins français sur la création d'une combinaison C.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous remettre sous ce pli le tarif que vous avez bien voulu me demander pour une combinaison C assurant aux médecins une indem-

nité en cas de maladie avant 65 ans et une pension de retraite avec contre-assurance.

Par sa définition même, la combinaison C est la juxtaposition de deux assurances bien différentes, quoique d'une utilité également incontestable. L'assurance d'une indemnité en cas de maladie, telle qu'elle existe dans la combinaison nouvelle n'est autre que la combinaison A, dont les tarifs dressés par mon éminent collègue, M. Léon Marie, donnent toute satisfaction ; je n'ai eu qu'à les adopter sans modification,

L'établissement du tarif d'une assurance de retraites repose sur deux bases : taux d'intérêt des placements, table de mortalité. J'ai adopté ici le taux de 3 %, que peuvent réaliser actuellement et sans doute pour longtemps encore les sociétés de secours mutuels. Quant à la table de mortalité, étant donné qu'il n'en existe aucune qui soit certainement applicable au corps médical, il a fallu faire un choix entre les tables actuellement connues. Il y avait un double écueil à éviter ; d'abord les cotisations trop élevées, demandant aux sociétaires un sacrifice trop lourd, ensuite, et tout aussi bien des cotisations trop faibles, devant conduire plus tard la Société, ou bien au déficit, si elle donnait la retraite prévue, ou bien à la nécessité de diminuer dans des proportions sensibles les retraites. Cédant à une opinion très répandue, j'ai penché pour une mortalité relativement rapide, surtout pendant la période d'activité, ce qui m'a conduit à employer jusqu'à l'âge de 65 ans la table dite « des assurés français » ou table AF, et, après l'âge de 65 ans, date de l'entrée en jouissance de la retraite, une mortalité un peu plus lente que celle de cette table. On obtient ainsi un tarif au dessous duquel il serait imprudent de descendre, mais qui peut légitimement être considéré comme suffisant.

Il faut ajouter cependant que, quelque soit le soin donné à l'établissement d'un tarif de retraites, il devra toujours être fait, au moins quand la société sera entrée dans la période de distribution des pensions, un inventaire périodique assez fréquent. On pourra ainsi mettre les pensions en rapport avec la situation de la Société, les diminuer un peu si on constatait qu'elles sont trop fortes, c'est-à-dire qu'elles donnent aux premiers retraités des avantages que payeront nécessairement leurs successeurs, les augmenter au contraire si on constate qu'elles sont trop faibles, c'est-à-dire qu'elles font réaliser sur les premiers retraités un bénéfice dont profiteront leurs successeurs. Par l'inventaire, on sait ce qui est dû à chaque génération d'après ses versements ; on établit l'équivalence entre les pensions et les tarifs suivant les résultats obtenus dans la société elle-même. Chaque membre peut alors se dire qu'il tire de ses sacrifices le profit maximum sans faire de tort à son voisin.

Les bases du tarif étant ainsi fixées, j'ai fait les calculs en vue de permettre à chaque adhérent d'obtenir à l'âge de 65 ans une pension de 1200 fr. par an. Les versements faits en vue de la retraite étant contre-assurés seraient remboursés dans le cas où le sociétaire viendrait à décéder avant d'avoir droit au premier terme de sa pension. Dans le détail de l'application de ces principes, je me suis conformé au mode de procéder de la Caisse de retraites du Corps médical français, de façon à ce que, dans le cas où l'Amicale chargerait la Société sœur de ce qui concerne les retraites, leurs rapports soient simplifiés autant que possible.

Un exemple fera mieux comprendre l'application du tarif.

Le Dr X..., né en 1867, entre en 1904 dans la combinaison C. Il doit payer la prime annuelle de 287 fr. correspondant à l'âge 37 (1904-1867) ; il doit la payer pendant 28 ans (65-37). soit pour la dernière fois en 1931. Sur cette prime, 67 fr. sont consacrés à l'assurance-maladie et 220 à l'assurance de retraite. Si donc le Dr X. vient à être malade avant d'avoir atteint 65 ans, il a droit, de ce fait, aux indemnités prévues par les articles 29 à 32 des statuts de l'Amicale. Si le Dr X. vient à mourir après avoir payé ses cotisations pendant dix ans, la société remboursera à ses héritiers 220 × 10 = 2200 fr.

Si le Dr X. vient à mourir en 1931 après avoir payé ses 28 cotisations, la société remboursera à ses héritiers 220 × 28 = 6160 fr. Si au contraire le Dr X. est vivant le 1er janvier 1933 il a droit au premier terme de sa rente (soit, d'après le calcul du tarif, 1200 fr.) et ses héritiers n'ont plus droit à son décès à aucun remboursement de la part de la société.

Il ne faut pas confondre cette opération avec la rente à capital réservé, dans laquelle les héritiers ont droit au remboursement des cotisations versées par le sociétaire quelle que soit l'époque du décès. Cette seconde opération ressemble beaucoup plus à un placement de fonds qu'à une assurance ? Elle coûte très cher et ne peut être organisée à des conditions avantageuses par une société telle que la vôtre à cause du faible taux des placements. Si l'un de vos collègues désirait absolument la faire, il faudrait lui conseiller de s'adresser à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse qui actuellement capitalise à 3 1/2 %.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, rien ne s'oppose à ce que le risque de retraite soit repris par une société sœur. Les deux sociétés y trouveront l'avantage de rester chacune dans son attribution propre, et d'avoir en ce qui concerne le recrutement de leurs membres des intérêts concordants. Mais il serait de la plus élémentaire sagesse que la Caisse de retraites séparât, à son actif comme à son passif, les assurances réalisées sur les mêmes bases que le présent tarif, des assurances reposant sur d'autres bases.

Le tarif de la combinaison C. ne prévoit pas l'entrée dans la société à un âge supérieur à 50 ans. La cause en est dans l'obligation imposée par la loi de 1898 aux sociétés de secours mutuels de ne verser à leurs adhérents de pensions de retraite qu'après 15 années de sociétariat. Dans ces conditions, l'Amicale renonçant à assurer à ses futurs membres une indemnité en cas de maladie après l'âge de 65 ans, il est impossible d'étendre le bénéfice de la combinaison C à des sociétaires entrant après 50 ans. Cependant j'ai indiqué un tarif dans lequel l'Amicale assure une indemnité en cas de maladie jusqu'à 65 ans et constitue auprès d'une compagnie d'assurances, une rente viagère échéant au même âge, rente souscrite également avec contre-assurance. Dans ce projet, la Société ne sert que d'intermédiaire pour la partie retraite, elle ne peut malheureusement faire mieux. Par contre ce rôle lui permet de varier la solution à proposer, et je serai à votre disposition pour examiner chaque cas particulier.

En terminant, permettez moi, Monsieur le Président, d'exprimer l'espoir que la combinaison C, nouvel élément d'activité pour l'Amicale, fournira brillante carrière, et contribuera pour une bonne part au développement de la solidarité dans le Corps médical.

Je vous prie, Monsieur le Président, d'agréer l'assurance de mes sentiments très dévoués.

Em. Fleury.
actuaire.

Paris 15 mars 1904.

COMBINAISON C.

Age d'entrée inférieur ou égal à 50 ans.

Prime annuelle payable jusqu'à l'âge de 65 ans. Pendant la période de payement des primes, le sociétaire a droit, en cas d'incapacité de travail aux indemnités prévues par les art. 19 à 32 des statuts. En cas de décès pendant cette période, on rembourse à ses héritiers, sur chaque prime annuelle versée, la somme indiquée dans le tarif ci-contre.

A partir de 65 ans, toute cotisation cesse d'être due, le sociétaire entre en jouissance de sa pension

de retraite, ne reçoit plus aucune indemnité maladie, et la société ne rembourse rien aux héritiers.

AGE d'entrée	Nombre de primes à payer	Prime maladie (1)	Prime de retraite (2)	Prime de contre-assurance (3)	Somme remb. sur chaque prime versée en cas de décès avant l'âge de 65 ans (4)	Prime annuelle totale (5)
25	40.	54	86	30	114	170
26	39	55	90	32	120	177
27	38	56	94	34	126	184
28.	37	57	99	35	132	191
29	36	58	104	37	139	199
30	35	59	110	39	147	208
31	34	60	116	42	156	218
32	33	61	122	44	164	227
33	32	62	129	46	173	237
34	31	63	137	49	184	249
35	30	65	145	51	194	261
36	29	66	153	54	205	273
37	28	67	163	57	218	287
38	27	69	173	60	231	302
39	25	70	184	64	246	318
40	25	72	197	68	263	337
41	24	73	210	72	280	355
42	23	75	225	76	299	376
43	22	76	241	80	319	397
44	21	78	259	85	342	422
45	20	80	280	90	368	450
46	19	82	302	96	396	480
47	18	83	328	102	428	513
48	17	85	357	108	463	550
49	16	87	390	115	503	592
50	15	89	428	122	548	639

N. B. — Dans le total des primes annuelles à payer indiqué à la colonne (5), se trouve comprise une somme de 2 francs ajoutée pour couvrir les frais d'administration.

M. Fleury a également étudié sur notre demande la situation qui pourrait être faite aux nouveaux adhérents âgés de plus de 50 ans et aux anciens sociétaires de combinaisons A et B ayant passé cet âge et désireux de passer à la combinaison C.

Il s'exprime ainsi :

Pour un âge d'entrée inférieur ou égal à 50 ans, il ne se présente aucune difficulté. Mais l'obligation imposée par la loi de 1898 de participer pendant quinze années aux versements avant d'avoir droit à une pension de retraite, impose la nécessité de rechercher une solution à offrir à ceux de vos collegues qui voudraient entrer dans la combinaison C après l'âge de 50 ans. J'ai établi dans ce but deux projets. Dans le premier, le Sociétaire est assuré en cas de maladie jusqu'à l'âge de 65 ans et entre en jouissance de la retraite à cet âge ; il paye sa prime jusqu'à 65 ans. Mais la Société ne garde pour elle que la prime et le risque de l'Assurance maladie ; la partie de la prime correspondant à la retraite est versée par la Société à la Caisse Nationale des retraites autant que possible, c'est-à-dire jusqu'à concurrence de 500 francs par an, et pour le surplus à une Compagnie d'Assurances. La Société n'est donc pour la partie retraites qu'une intermédiaire ; elle ne peut être accusée de se mettre en contradiction avec la loi.

Dans le second projet, le Sociétaire paye ses cotisations pendant 15 années, il est pendant quinze années assuré contre la maladie, et au bout de [illegible] période entre en jouissance de sa pension de [illegible]traite.

J'avoue quant à moi, une préférence pour le p[illegible]mier système. Le second présente en effet des [in]convénients à la fois pour le sociétaire et pour la [so]ciété. Il remet bien loin l'entrée en jouissance de [la] retraite, et il laisse à la charge de la Société les [ris]ques de longues maladies chroniques au-dessus [de] l'âge de 65 ans, risques mal connus que l'on c[her]che précisément à écarter par la création de [la] combinaison C. Le premier projet conduit à un [ta]rif élevé mais les avantages qu'il assure sont [en] proportion du tarif.

Les tableaux joints à ce rapport indiquent p[our] chaque âge la portion de prime destinée à l'as[su]rance contre la maladie, et la portion destinée à l'as[su]rance de la retraite. C'est qu'il est essentiel, p[our] une bonne gestion, et malgré la petite complica[tion] qui en résulte pour les écritures, de séparer dans [les] comptes les deux opérations si différentes rass[em]blées en une seule pour les sociétaires ; il impo[rte] que les deux risques, maladie et retraite, puiss[ent] être surveillés séparément, pour que la situation [de] la Société ressorte avec clarté.

Il est même très important, si vous deviez c[har]ger une société sœur de gérer la partie retr[aite] de lui demander de séparer dans son actif et [son] passif les opérations faites par vous des sie[nnes] propres, faites à un tarif et dans des conditions d[if]férentes.

COMBINAISON C

Age d'entrée supérieur à 50 ans.

1er PROJET (sans contre-assurance)

Prime annuelle payable jusqu'à l'âge de 65 [ans]. Pendant la période de paiement de primes, le s[ocié]taire a droit, en cas d'incapacité de travail, [aux] indemnités prévues par les art. 29 à 32 des st[atuts]. A partir de l'âge de 65 ans, toute cotisation [cesse] d'être due, et le sociétaire entre en jouissance [de sa] pension de retraite.

Age d'entrée.	PRIME Maladie.	Caisse Nationale des Retraites.	Rente à la Caisse Nationale des Retraites.	Compagnie d'assurances.	Rente à la Compagnie d'assurances.	Tot[al]
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	[illegible]
51	91	479	1.200	»	»	[illegible]
52	93	500	1.127	37	73	[illegible]
53	95	500	1.009	108	191	[illegible]
54	97	500	896	192	304	[illegible]
55	99	500	788	295	412	[illegible]
56	101	500	685	421	515	[illegible]
57	103	500	592	575	608	[illegible]
58	105	500	502	777	698	[illegible]
59	107	500	416	1.049	784	[illegible]
60	109	500	336	1.429	864	[illegible]
61	112	500	260	2.003	940	[illegible]
62	114	500	188	2.967	1.012	[illegible]
63	116	500	121	4.894	1.079	[illegible]
64	118	500	58	10.693	1.142	[illegible]

La prime destinée à assurer la retraite a été [cal]culée pour assurer une rente de 1200 francs pa[r an] payable par trimestres échus et sans arrérages [au] décès. Les bases adoptées sont la table de mort[alité] de la Caisse nationale des retraites et le taux [d'in]térêt 3 1/2 %, déjà appliqué dans le calcul des

tisations de l'assurance maladie. L'emploi de ce taux, sans doute supérieur à celui qui pourra être réalisé dans les placements compensera la sous-mortalité que peut présenter le corps médical par rapport à la clientèle de la Caisse nationale des retraites.

1er PROJET (avec contre-assurance).

Prime annuelle payable jusqu'à l'âge de 65 *ans. Pendant la période de paiement des primes, le sociétaire a droit, en cas d'incapacité de travail, aux indemnités prévues par les art.* 29 *à* 32 *des statuts ; en cas de décès pendant cette période, on rembourse à ses héritiers, sur chaque prime annuelle versée, la somme indiquée dans le tarif ci-dessous. A partir de l'âge de* 65 *ans, toute cotisation cesse d'être due, et le sociétaire entre en jouissance de sa pension de retraite, et la Société ne rembourse rien aux héritiers.*

Age initial.	Nombre de primes à payer.	Prime maladie.	Somme remboursée sur chaque prime versée en cas de décès avant 65 ans.	Prime totale.
		Francs.	Francs.	Francs.
51	14	91	651	742
52	13	93	717	810
53	12	95	791	886
54	11	97	881	978
55	10	99	988	1.087
56	9	101	1.120	1.221
57	8	103	1.284	1.387
58	7	105	1.495	1.600
59	6	107	1.775	1.882
60	5	109	2.170	2.279
61	4	112	2.761	2.873
62	3	114	3.746	3.860
63	2	116	5.715	5.831
64	1	118	11.621	11.739

Il y aurait lieu, en toute justice, de prévoir le cas où un sociétaire viendrait à cesser de payer ses primes ; il devrait alors, perdant son droit à l'assurance maladie, conserver le droit à une retraite réduite, par exemple, dans la proportion du nombre des primes payées au nombre des primes stipulées, et cela sous la seule condition qu'il se soit acquitté de ses primes pendant un certain nombre d'années.

En terminant, je demande la permission d'appeler votre attention sur l'intérêt qu'il y aurait à déterminer par une étude rationnellement conduite la loi de mortalité propre au Corps médical ; il faudrait pour cela organiser un système de statistique qui ne serait pas très compliqué et peut être l'Association générale des médecins de France pourrait-elle prendre sous son patronage cette recherche intéressante pour le Corps médical tout entier, et en particulier pour ses œuvres de prévoyance.

2e PROJET

Prime annuelle payable pendant 15 *ans. Pendant la période de paiement des primes, le sociétaire a droit, en cas d'incapacité de travail, aux indemnités prévues par les art.* 29 *à* 32 *des statuts. Quinze ans après son entrée, le sociétaire entre en jouissance de sa pension de retraite.*

Age d'entrée.	PRIME Maladie.	PRIME Retraite.	PRIME TOTALE.
	Francs.	Francs.	Francs.
51	96	409	505
52	100	385	485
53	105	362	467
54	110	338	448
55	115	315	430
56	119	292	411
57	123	269	392
58	128	247	375
59	132	226	358
60	137	205	342
61	141	185	326
62	146	167	313
63	151	149	300
64	156	132	288
65	161	116	277

Nous ne donnons ce deuxième projet que pour rester complets et montrer à nos confrères que nous nous sommes conformés absolument aux désirs manifestés par eux dans notre dernière assemblée générale ; mais le conseil a repoussé à l'unanimité cette combinaison qui présente tous les inconvénients de la combinaison B que nous cherchons à éviter.

LA SEMAINE MÉDICALE

La psychologie du rêve.

A l'une des dernières séances de la Société d'hypnologie, M. le Dr H. Beaunis a exposé un certain nombre d'observations et de considérations desquelles il tire les conclusions suivantes : les phénomènes du rêve peuvent se décomposer en trois phases : phase d'excitation initiale, phase de souvenir, phase d'irradiation. La seconde phase semble pouvoir se produire en dehors de toute action initiale sensitive, sous une simple variation de pression ou de composition du sang (action chimique) qui agit directement sur un centre cérébral pour déterminer l'apparition d'un souvenir, point de départ du rêve. Les souvenirs qui apparaissent dans les rêves peuvent provenir d'événement du jour même ou des jours précédents ou d'époques plus ou moins éloignées. Les deux ordres de souvenirs peuvent s'amalgamer dans le même rêve. L'évolution biologique du rêve correspond assez exactement à l'évolution organique et psychologique de l'individu.

Stomatite des tuberculeux.

D'après M. le Dr G. Petit, in *Rev. intern de la tuberculose*, la stomatite des tuberculeux est une véritable entité morbide ; dès le début, elle est caractérisée par la douleur, la céphalagie et la température ; elle a les allures d'une maladie infectieuse et aboutit toujours à l'ulcération. La stomatite des tuberculeux coïncide toujours avec

la tuberculose pulmonaire ou intestinale, jamais, ou exceptionnellement, avec la tuberculose osseuse. Le diagnostic de cette affection est excessivement difficile, car ses symptômes ressemblent à ceux de la stomatite aphteuse. Il est de toute importance de différencier ces deux affections ; pour cela, on s'appuiera sur l'examen général du sujet, d'une part, et l'absence d'épidémie, d'autre part. La stomatite des tuberculeux coïncide avec une modification pulmonaire, en général l'aggravation, ou simplement avec une réaction fébrile exagérée ; d'autres fois, elle peut apparaître sans cause, mais il est de règle de la voir survenir chez les fébricitants, dont la température, alors, ne présente plus de défervescence matinale. L'adénite cervicale est constante ; elle persiste pendant plusieurs semaines après la guérison, et peut même suppurer. La durée de la la stomatite des tuberculeux est de quinze jours, mais, si on intervient dès le début, le malade peut être débarrassé en quelques jours. Le traitement de choix est le suivant :

Biborate de soude.... .	4 grammes
Chlorate de soude......	4 grammes
Eau bouillie...........	100 grammes

Une cuillerée à café dans un verre d'eau bouillie (ne jamais introduire d'alcool dans la formule). Lait alcalinisé, œufs crus, quinine. Badigeonner le cou avec une pommade gaïacolée au 1/10. Dès que la période inflammatoire est remplacée par les ulcérations, il faut, pour faciliter la réparation, toucher celles-ci avec :

Iodure de potassium..	1 gramme
Glycérine............	ãâ 15 grammes
Eau de chaux........	

Assurer l'antisepsie de l'intestin. Purgatifs salins. Lavements alcalins.

Se souvenir que l'alcool est un irritant et ne doit pas entrer dans la formule des collutoires ou gargarismes. Quant aux antiseptiques, ils sont impuissants dans ce cas. Il faut également suspendre toute intervention sur le système dentaire pendant la durée de l'affection.

La paralysie spasmodique des athéromateux.

D'après MM. A. Pic et Bonnamour, dans la *Rev. de médecine* (fév. 1904), il existe chez les vieillards artérioscléreux un type morbide essentiellement constitué par la faiblesse des membres inférieurs, l'exagération ou la brusquerie des réflexes rotuliens, et la démarche à petits pas ; c'est ce que nous avons appelé la *parésie spasmodique des athéromateux.*

Cette parésie spasmodique évolue lentement, mais progressivement, soit pour son propre compte vers la contracture progressive, soit en même temps que des troubles cérébraux, le rire et le pleurer spasmodiques et la démence sénile.

On trouve, à l'autopsie, en dehors d'un athérome généralisé et dans tous les cas, évident, au niveau des artères de la moelle, une sclérose médullaire, non systématique, diffuse, mais avec une prédominance marquée sur les faisceaux pyramidaux croisés et les faisceaux postérieurs.

Il est probable, mais non absolument démontré, que cette *myélite interstitielle diffuse*, qui conditionne d'une façon immédiate la parésie spasmodique des athéromateux est d'origine vasculaire comme les lésions cérébrales (foyers lacunaires de désintégration), qui l'accompagnent très fréquemment.

Au lieu d'être généralisée et diffuse la scèlrose médullaire peut se localiser et donner lieu à un syndrome anatomo-clinique rappelant celui des scléroses médullaires fasciculées.

L'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

M. le Dr Doléris communique à la Société de Pédiatrie et de Gynécologie, l'intéressante observation suivante.

Il s'agit d'une femme qui fut amenée dans son service avec un état infectieux grave consécutif à un accouchement prématuré avec fœtus mort et putréfié. Son état restant grave, il se décida à pratiquer l hystérectomie, bien que la constatation de la présence du streptocoque dans le sang eût indiqué qu'il y avait généralisation de l'infection. Au cours de l'opération on trouva les veines utéro-ovariennes augmentées de volume et on les sectionna le plus haut possible.

La femme ayant succombé trois jours après l'opération, on trouva, à l'autopsie, les viscères farcis d'abcès miliaires. Les veines contenaient du pus. Il fut isolé quatre variétés de microorganismes, anaérobies et aérobies. M. Doléris croit pouvoir conclure de cette observation, contrairement aux partisans de l'hystérectomie, que cette intervention ne donne pas de meilleurs résultats dans les cas de forme phlébitique comme celui-ci que dans les autres formes d'infection puerpérale.

Fièvre typhoïde et appendicite.

A la même société, M. Simon relate un cas de fièvre typhoïde chez un enfant du service de M. Guinon, ayant débuté brusquement par une douleur au point de Mac Burney, avec résistance de la paroi. Un peu de diarrhée éveilla cependant l'attention. Le séro-diagnostic, négatif encore le quatrième jour, fut positif le huitième, puis des taches rosées survinrent. Y a t-il eu attaque d'appendicite au début d'une fièvre typhoïde ou seulement signes trompeurs simulant une appendicite qui n'existait pas ? Les symptômes étaient assez nets pour que nous penchions en faveur de la première hypothèse.

M. Moizard a vu des cas analogues, et il croit que, dans la plupart de ces cas, il s'agit de fausses appendicites. Plus tard, à la fin de la maladie, il se déclare parfois une véritable appendicite. On a opéré des enfants atteints de fièvre typhoïde pour de fausses appendicites et plusieurs ont succombé.

M. Comby a vu, il y a quelques jours, une dame qui a été opérée, au début d une fièvre typhoïde, pour une appendicite, qu'elle n'avait pas. Elle a guéri. D'autre part, il a fait, ces jours-ci, l'autopsie d'une fille qui avait succombé dans la 3e semaine d'une fièvre typhoïde. L'appendice était gros, turgescent, et présentait de nombreuses ulcérations folliculaires.

M. Broca, dans un cas de fièvre typhoïde, à début pseudo-appendiculaire, a vu la douleur de la fosse iliaque droite causée par des masses gan-

glionnaires très développées. L'appendice était sain. L'enfant a guéri malgré la laparotomie. Aujourd'hui, il est en garde contre cette erreur qu'il commet d'autant moins qu'il est plus partisan de la temporisation.

M. Barbier a vu un enfant mourir ainsi à la suite d'une laparotomie, dans un cas de fièvre typhoïde à début pseudo-appendiculaire.

CLINIQUE MEDICALE

L'œdème pulmonaire : son importance comme cause de la mort.

Leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Georges, de Londres.

Par le professeur Isambard Owen.

Pour lutter efficacement contre un ennemi, il faut connaître ses ressources et sa tactique. De même, pour prévenir l'issue fatale des maladies, le médecin doit, avant tout, s'enquérir par quel mécanisme se produit la mort. Or, ce sujet n'est généralement pas étudié avec l'attention qu'il mérite. Nous nous contentons trop facilement, sur ce point, de vagues appréciations. Il est facile, par exemple, de dire que tel patient a succombé à une scarlatine, tel autre à une hémorrhagie cérébrale, tel autre au mal de Bright. Il est infiniment plus difficile d'établir par quel mécanisme la vie s'est éteinte. Là, cependant, réside le nœud du problème : si nous avons peu de prise, en effet, sur la maladie elle-même, nous pouvons parfois lutter avec succès contre ses conséquences morbides.

La mort est l'arrêt permanent du cœur et de la respiration : il serait plus exact de dire l'arrêt de l'un ou de l'autre, les deux fonctions ne pouvant réellement exister séparément. Elle résulte de la destruction ou de l'altération de l'un quelconque des divers éléments nécessaires aux mouvements cardiaques et respiratoires. Les anciens auteurs avaient coutume de distinguer trois ordres de mort : celles dues au cœur, celles dues aux poumons et celles dues au cerveau. A la vérité, la mort par le cerveau n'existe pas, si ce n'est secondairement, par une action indirecte sur le cœur ou le poumon. Tant que ceux-ci fonctionnent, la vie se continue.

Dans certains cas élémentaires, arrêt du cœur au cours d'une dégénérescence graisseuse avancée de cet organe ou de la rupture d'un volumineux anévrysme, asphyxie par occlusion mécanique de la trachée, hémorrhagie cérébrale comprimant le bulbe, il n'est pas besoin d'être grand physiologiste pour expliquer comment s'est produite la terminaison fatale. De même, au cours de certaines intoxications. Nous savons ainsi que la morphine paralyse le centre respiratoire. le curare, les terminaisons motrices des nerfs respiratoires, l'oxyde de carbone, l'hémoglobine; nous savons également que d'autres poisons agissent sur le cœur, d'autres encore, tels le chloral et l'acide prussique, sur le cœur et la respiration, à la fois.

Ces exemples sont, toutefois, plutôt l'exception. Dans la grande majorité des circonstances, le mécanisme intime de la mort est difficile à préciser. On l'attribue aux toxines infectieuses, aux dégénérescences organiques, termes vagues qui n'expliquent pas toujours grand'chose. Eh bien ! je me propose aujourd'hui d'attirer votre attention sur une lésion, dont l'importance a été souvent méconnue et qui n'a pas pris, dans la littérature médicale, la place qu'elle doit occuper parmi les causes immédiates de la mort : je veux parler de l'œdème pulmonaire.

Prenons, si vous le voulez, les affections valvulaires du cœur. Comment font-elles succomber les sujets, qui en sont atteints? En fait, très rarement le cœur s'arrête tant que la respiration est restée indemne. J'ai fréquemment étudié les divers troubles de la sténose mitrale à ses étapes successives. Pendant longtemps, le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, dûment compensé par une hypertrophie du ventricule droit, peut exister sans causer d'accident et sans menacer sérieusement la vie des patients. Un moment arrive, à la longue, où la compensation faiblit et où le ventricule cède à la fatigue. Peut-être la sténose mitrale s'est-elle accrue, peut-être une bronchite a-t-elle aggravé la gêne de la circulation pulmonaire, peut-être est-ce la nutrition elle-même du muscle cardiaque qui s'est altérée. Quoi qu'il en soit, le ventricule se dilate, les tricuspides deviennent insuffisantes. Alors, la scène change : le système veineux s'engorge, des infiltrations et des œdèmes s'ensuivent, le foie s'hypertrophie. Le malade est, à ce moment, considérablement gêné : ses membres inférieurs sont œdématiés, sa cavité péritonéale distendue, sa respiration oppressée et son sang insuffisamment oxygéné. Mais, dans tout cela, il n'y a rien qui menace immédiatement la vie. L'œdème des extrémités ne tue pas ; les troubles de la nutrition et de la digestion tuent si l'on veut, mais très lentement. L'ascite, fort gênante pour la respiration, peut être modifiée par des paracentèses répétées. Dans de telles conditions, le patient, bien que très affecté, va néanmoins pouvoir continuer à vivre durant des semaines et des mois et même il va pouvoir guérir. Un danger le menace cependant, et ce danger nous ne devons le rechercher ni du côté des extrémités, ni du côté de l'abdomen, ni du côté du cœur : il est aux poumons et aux plèvres. et il se manifeste par un épanchement pleural, une embolie pulmonaire, une pneumonie, de l'œdème pulmonaire; celui-ci constitue la complication de beaucoup la plus commune et la plus redoutable.

Vous me voyez souvent, dans le service, chaque fois que j'examine un cas sérieux d'affection valvulaire, ne pas m'attarder à une auscultation détaillée du cœur lui-même et faire asseoir d'emblée le sujet sur son lit pour explorer attentivement la base des poumons. C'est là où se découvrent les signes les plus précis du danger, et l'œdème pulmonaire est ce qu'il faut le plus craindre.

L'œdème cardiaque est un œdème passif. Au début, il altère très légèrement la résonnance de la cage thoracique et il ne détermine pas de modification du murmure vésiculaire ou du retentissement vocal. Dans les inspirations profondes, l'oreille peut déceler, à ce moment, des craquements fins, clairs, humides, uniformes. Avec un peu de pratique, il est facile de reconnaître ces bruits et il est important de leur attri-

★

buer une juste signification. Les ronchus et les râles du catarrhe bronchique y sont quelquefois associés et il est bon de ne pas confondre les deux phénomènes stéthoscopiques, l'œdème étant une lésion infiniment plus sérieuse que la bronchite. Pour les ronchus, la différenciation est aisée ; pour les râles muqueux, il convient de se rappeler que les bruits de l'œdème pulmonaire sont plus fins, plus aigus, plus humides.

A mesure que l'œdème se développe, les craquements s'étendent ; puis, la percussion dénote de la submatité, voire de la matité.

Les symptômes subjectifs de l'œdème pulmonaire n'ont rien de bien particulier. La dyspnée et la toux sont accrues dans des proportions variables, l'expectoration ne se produit que dans les œdèmes très accusés. Rien, par conséquent, ne vient appeler l'attention du médecin sur le début de cette complication ; il faut la dépister par un examen régulier et systématique de la poitrine en arrière.

L'œdème pulmonaire, bien qu'il puisse être soulagé et guéri par le traitement, entraîne néanmoins, habituellement, tôt ou tard, une suite fatale. Lorsque l'efficacité de la thérapeutique est épuisée, les râles deviennent plus gros et plus nombreux. Le nombre des respirations augmente progressivement, la cyanose s'accuse jusqu'à ce qu'enfin, les forces respiratoires faiblissant, les mouvements de la cage thoracique deviennent plus rares, plus faibles et s'arrêtent.

J'ai pris, comme exemple, le rétrécissement mitral. Les choses se passent d'une manière peu différente dans d'autres affections cardiaques. Dans l'insuffisance aortique, la compensation se fait grâce à l'hypertrophie du ventricule gauche. Tant que les parois musculaires de ce dernier demeurent vigoureuses, rien de sérieux n'est à craindre Mais, un jour, elles dégénèrent, d'où insuffisance mitrale, retentissement sur la circulation veineuse, œdèmes. Ici encore, l'œdème pulmonaire est le côté dangereux de l'affaire.

Troisième exemple : la pneumonie franche aiguë. Il semble que, pour celle-ci, l'hépatisation constitue la cause directe de la mort. Or, cette explication n'est évidemment pas bonne, puisque certains sujets guérissent avec une hépatisation considérable et d'autres succombent à de petits foyers, de faible volume. La destruction du tissu pulmonaire par les lésions pneumoniques ne suffit donc pas à entraîner la mort, il faut autre chose. J'ai eu souvent l'occasion de vous montrer, à l'autopsie de cas fatals de pneumonie, que les parties du poumon non hépatisées sont rarement saines : nous les voyons, sur une large étendue, infiltrées d'un liquide albumineux clair que nous ne saurions regarder comme un simple changement post mortem pour deux raisons : une imbibition passive ne donnerait pas une distension aussi considérable du tissu pulmonaire ; d'autre part, plus d'une fois, dans des pneumonies graves, les signes cliniques de l'œdème se sont montrés avant qu'aucune faiblesse cardiaque ait pu être notée.

Depuis longtemps, j'incline à croire que la théorie de la mort par le cœur, qui tient une si grande place dans les descriptions classiques de la pneumonie, est fondée sur une mauvaise interprétation des faits. Quant à moi, toutes les fois qu'il m'a été donné d'assister à la terminaison fatale d'un cas de pneumonie, j'ai toujours constaté une mort respiratoire et non une mort cardiaque. Chaque fois qu'à ce moment l'auscultation a pu être pratiquée, en temps opportun, les signes de l'œdème pulmonaire se sont montrés avant tout indice de paralysie cardiaque. La fatigue du cœur et la dilatation de ses cavités sont, à mon sens, la conséquence de l'hépatisation avancée, de la bronchite et de l'œdème des portions de tissu pulmonaire non envahies par la lésion pneumococcique. Quelquefois cet œdème se produit avec une telle rapidité et il augmente si vite qu'il peut causer des morts presque soudaines, mises trop facilement sur le compte d'une syncope.

J'insiste sur ces considérations, d'abord parce qu'elles offrent un intérêt pathologique et surtout parce qu'elles ont une importance pratique de premier ordre. La crainte, que j'estime exagérée, de la syncope dans la pneumonie, empêche beaucoup de médecins de pratiquer systématiquement l'examen de la région postérieure de la poitrine, exploration selon moi nécessaire si l'on veut dépister au début le danger le plus redoutable couru par le patient. Dans tout cas grave de pneumonie, il convient, je ne saurais trop y insister, d'ausculter fréquemment la poitrine, non seulement pour fixer les limites de l'hépatisation, mais aussi pour surveiller l'état du reste des poumons.

Les affections valvulaires du cœur et la pneumonie ne sont que deux des nombreuses maladies dans lesquelles l'œdème pulmonaire joue un rôle important à la phase terminale. Cette lésion a été, en effet, fréquemment et depuis longtemps relatée dans les observations nécropsiques, bien qu'on ait eu tendance à l'interpréter comme un simple incident sans intérêt clinique. M. Trevor a fait sur ma demande 228 autopsies l'année dernière. Il trouva 124 fois un œdème pulmonaire trop notable pour qu'il fût logique de l'attribuer à une imbibition post mortem.

Je ne saurais, dans les limites d'une simple leçon, signaler tous les états pathologiques au cours desquels l'œdème pulmonaire est susceptible d'apparaître et de jouer un rôle. Je vais, cependant, ajouter aux trois exemples déjà exposés un quatrième plus commun encore : la vulgaire bronchite. Ici encore les constatations nécropsiques établissent l'importance de l'œdème pulmonaire et il ne peut être question d'œdème post mortem. Dans la bronchite à issue fatale, effectivement, l'invasion de l'œdème est graduelle et les signes de sa progression sont faciles à déceler, non plus pendant des heures, mais pendant des jours et parfois des semaines. L'évolution d'une bronchite grave chez un vieillard (la bronchite est surtout redoutable aux deux extrémités de la vie) se résume souvent à un combat entre le médecin et ... l'œdème ! Je vous ai fréquemment mis en garde contre l'habitude si répandue dans les hôpitaux de considérer toute bronchite comme banale et sans intérêt. Eh bien ! le traitement de cette affection constitue une grosse partie de la pratique médicale ; de plus, il n'est pas deux cas semblables et chacun demande une étude individuelle. Le degré de l'emphysème concomitant, la présence ou l'absence de la dilatation bronchique, la probabilité d'adhérences avec la plèvre ou de scléroses, le fonctionnement du cœur droit, le spasme bronchique s'il existe, constituent autant de points à établir pour faire un pronostic et une thérapeutique convenables. Entre toutes, la

complication la plus importante est la reconnaissance précoce, au milieu des signes de bronchite, des râles plus aigus, plus clairs de l'œdème. Leur distinction, ici, est peut-être plus délicate que dans toute autre maladie thoracique, car les bruits de la bronchite sont assez variés. Avec un peu d'attention et de pratique le diagnostic est possible, si l'on a soin, particulièrement, d'ausculter la poitrine directement, sans interposition du stéthoscope. Dans toute lésion inflammatoire des bronches, si le cœur est bon et s il n'y pas d'œdème, le pronostic est favorable ; il s'aggrave, au contraire, dès que l'œdème commence.

J'ai seulement parlé, dans cette conférence, de l'œdème pulmonaire et j'ai laissé de côté les infiltrations pleurales, les pneumonies passives et les broncho-pneumonies insidieuses, qui ont également un grand rôle dans le mécanisme de la mort.

L'auscultation des bases permettra de les découvrir. J'ai cherché surtout à vous démontrer l'importance d'un examen stéthoscopique de ces régions au cours des maladies graves. Les erreurs cliniques, dit William Jenner, sont plus souvent dues à une insuffisance d'examen du patient qu'à l'ignorance des questions pathologiques. Chaque fois donc que la situation de votre malade présentera des changements notables, si son facies devient pâle et terreux, s'il semble apathique et assoupi, si le pouls se déprime, ne vous contentez pas de croiser vos bras en disant : c'est du collapsus, de la toxémie, de l'asthénie cardiaque ! Regardez-le avec soin et rendez-vous compte s'il n'existe pas quelque phénomène morbide nécessitant une intervention. Les mots toxémie et collapsus servent simplement à masquer notre ignorance, le terme asthénie cardiaque est plus généralement appliqué à faux qu'avec justesse. Le cœur est un organe beaucoup plus résistant qu'on a l'habitude de l'admettre et il a naturellement peu de tendance à s'arrêter à moins d'une dégénérescence graisseuse avancée ou d'un obstacle sérieux à son fonctionnement. La faiblesse du pouls ne signifie pas nécessairement faiblesse cardiaque ; elle peut dépendre aussi bien d'une irrigation sanguine défectueuse. La mort par arrêt primitif du cœur est plutôt l'exception que la règle. Dans la majorité des circonstances, la mort ou la vie dépendent de l'état des bases pulmonaires.

Quelle sera la conduite à tenir en face de l'œdème du poumon ?

Les expectorants sont de peu d'utilité, car le liquide de l'œdème n'est guère susceptible d'être rejeté par les bronches. Il doit être résorbé sur place par les vaisseaux, les lymphatiques du poumon, en particulier. Ces vaisseaux se rendent, finalement, dans les grosses veines de la base du cou, aussi leur pouvoir absorbant dépend-il de l'état du cœur droit. Dans ces conditions l'exploration de ce dernier constitue un élément essentiel du traitement de l'œdème pulmonaire, et il faudra rechercher, s'il existe de la dilatation de son ventricule, ce que traduit le déplacement des battements de la pointe et l'augmentation de la matité cardiaque vers le côté droit du sternum. Il conviendra de rechercher, en outre, la distension possible des jugulaires.

Si vous trouvez ces signes accompagnant une situation sérieuse du malade, n'hésitez pas à pratiquer d'urgence une saignée : celle-ci, d'une manière générale, n'a pas besoin d'être importante. Très souvent, le soulagement apporté par cette intervention est considérable, mais la rapidité de sa production est tempérée par ce fait que la modification produite sur le cœur droit a besoin, à son tour, d'agir sur l'œdème.

On peut s'adresser à d'autres moyens de réduire la tension veineuse, moins efficaces il est vrai que la saignée. Par exemple l'application de 6 à 8 sangsues sur le devant de la poitrine, les purgatifs drastiques, les ventouses sèches. Les diurétiques sont inutilisables, la sudation par le bain d'air chaud n'étant pas pratique et la pilocarpine demeurant contre-indiquée en raison de l'état du cœur.

Bien que l'administration de petites doses d'alcool, de cognac mêlé d'eau particulièrement, soit quelquefois avantageuse à titre de stimulant dans les premières heures de la maladie, alors que les forces du cœur et de la respiration sont à leur minimum, l'usage continu de l'alcool m'a toujours paru pour le moins inutile. L'oxygène trouvera, au contraire, sa place dans la médication. Ses effets, à la vérité, ne sont que palliatifs, mais une simple atténuation de l'asphyxie a, en pareil cas, une grosse importance. L'iodure que j'ai prescrit nombre de fois, à cause de ses propriétés absorbantes, m'a paru sans valeur, parfois même dangereux.

Il me reste, enfin, à mentionner un médicament, le plus important de tous, il est vrai. J'ai vu si communément des améliorations notables et rapides, avec disparition des signes de l'œdème suivre l'emploi de la strychnine en injection hypodermique, dans l'œdème pulmonaire, que je ne puis croire qu'il y ait eu là de simples coïncidences. Je ne saurais dire comment agit cet alcaloïde : son efficacité est également appréciable dans les cas légers et dans les cas graves, avec ou sans dilatation cardiaque apparente. Depuis plusieurs années, je le prescris d'une façon systématique aussitôt qu'apparaissent les signes de l'œdème, et quelle qu'en puisse être la cause.

Traduit du *British medical Journal*
par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ETRANGÈRE

L'eumydrine, un nouveau mydriatique.

C'est une poudre blanche, inodore, soluble dans l'eau. Elle dérive de l'atropine, dont la base tertiaire serait remplacée par une base quaternaire ; cette nouvelle préparation a perdu l'action de l'atropine sur le système nerveux central, mais non pas sur les nerfs périphériques. L'eumydrine serait cinquante fois moins toxique que l'atropine.

Ce nouveau produit, vient d'être expérimenté par le docteur Lindenmeyer (*Berl. klin. Woch.*, 1903, n° 47).

La solution, titrée à 1 ou 2 pour cent, produit la mydriase au bout de 20 à 25 minutes ; celle-ci est complète en 50 minutes, et persiste pendant 12 heures environ. Au bout de trois jours, l'œil est revenu à son état normal. Peu de temps

après la mydriase, se manifeste une paralysie de l'accommodation, qui devient complète en trois heures (trois gouttes suffisent).

Si le titre de la solution est porté à 5 ou 10 %, la mydriase commence à se produire après 10 minutes : elle est complète en 30 minutes. L'œil ne revient à l'état normal qu'en 5 ou 7 jours.

Jamais Lindenberg n'a relevé de phénomènes d'intoxication ; tout au plus se produit-il une légère sensation de brûlure au moment de l'instillation.

Les solutions d'eumydrine (1 et 2 %) sont excellentes pour combattre les inflammations légères de l'œil (corps étranger, etc.) La solution à 10 % s'emploie pour les iritis aiguës et chroniques. Des synéchies récentes sont déchirées au bout de 2 ou 3 instillations ; en cas d'insuccès, il faut recourir à l'atropine.

Les différentes solutions d'eumydrine permettent donc, suivant leur titre, d'obtenir la mydriase pour un temps déterminé. A titre élevé, ce médicament offre l'avantage de pouvoir remplacer l'atropine, dans les cas d'idiosyncrasie ou de manifestations toxiques. Jusqu'alors on avait recours à la scopolamine, mais l'emploi de ce corps peut aussi amener des phénomènes d'intoxication ; l'eumydrine semble préférable.

Contribution à la pathologie et à la thérapeutique des affections du genou.

Il s'agit de certaines affections particulières du genou, assez fréquentes, qui toutes sont caractérisées subjectivement par des douleurs articulaires. A l'examen, l'article malade ne présente aucune trace d'inflammation ; tout au plus, existe-t-il une légère crépitation. Il n'y a pas ni épanchement, ni épaississement de la séreuse.

Autrefois, toutes ces affections étaient rangées sous la dénomination générique de « névralgie articulaire ». Mais les progrès de l'anatomie pathologique d'une part, de l'asepsie chirurgicale de l'autre, nous ont montré que ces affections n'étaient pas de simples névralgies, et que les douleurs accusées par les malades possédaient un substratum objectif.

Quatre lésions distinctes peuvent être incriminées en pareils cas, ce sont : 1° l'atrophie musculaire consécutive à une affection articulaire du genou ; 2° le dérangement interne de l'article ; 3° les lipomes intra-articulaires ; 4° les corps étrangers libres dans l'articulation. Or, il est possible avec un peu d'attention de faire le diagnostic différentiel de ces lésions, et par suite d'instituer une thérapeutique rationnelle et efficace.

Voici tout d'abord un exemple de l'*atrophie musculaire d'origine articulaire*. Un homme robuste et bien portant fait une chute sur le genou ; il se produit une hémarthrose, l'article se tuméfie, le malade souffre. Traitement : repos au lit ; bandage compressif ; au bout de quelques jours, massage. Au bout d'une semaine, le patient quitte son lit et reprend son travail, bien qu'il éprouve encore quelques douleurs ; l'articulation du genou est immobilisée au moyen d'une bande de flanelle. On continue les massages ; néanmoins les douleurs ne cèdent pas ; elles se localisent presque toujours à la partie interne de l'articulation, en dessous de la rotule. Enfin, comme les massages, les bains, la compression, les cataplasmes chauds n'amènent pas la guérison, le patient vient consulter le médecin. A l'examen le plus attentif nous ne trouvons plus aucune trace d'inflammation de l'article, mais nous découvrons une atrophie marquée des muscles extenseurs voisins. Le quadriceps est flasque, mou, diminué de volume par rapport au côté sain ; le vaste interne semble particulièrement atrophié au niveau de la région inguinale.

Cette lésion du quadriceps est d'ailleurs la cause des douleurs éprouvées par le malade. Ce muscle est en effet le tenseur de la capsule articulaire ; s'il est altéré dans sa force, la tension capsulaire diminue, et dans ces conditions, il arrive facilement qu'elle se pince soit entre la rotule et les condyles du fémur, soit entre le fémur et les plateaux du tibia. C'est ce pincement qui provoque la douleur.

La justesse de cette hypothèse est vérifiée par les résultats de la thérapeutique. Il suffit d'appliquer au quadriceps le massage et la gymnastique, particulièrement une gymnastique rationnelle d'opposition, pour obtenir au bout de six semaines une tension normale de la capsule, et la disparition des douleurs.

Cette atrophie musculaire n'est pas uniquement une atrophie d'inaction, comme on l'a prétendu ; elle est surtout réflexe ; ce qui le prouve, c'est son apparition dans les quatre premiers jours qui suivent l'accident. Quand un malade vous consulte pour des douleurs articulaires, il ne faut donc jamais négliger l'examen de la musculature voisine. Si, dans le cas particulier, le traitement s'applique à l'article seul, la guérison ne survient pas ; le mal au contraire ne fait que progresser.

Dans le *dérangement interne du genou*, les symptômes sont à peu près les mêmes. C'est là une affection dont la chirurgie nous a révélé la cause. Il s'agit d'un arrachement, d'une luxation, de l'un ou quelquefois des deux ménisques articulaires. Il arrive parfois que, sous l'influence de certaines forces, ces ménisques s'arrachent au niveau de leur insertion antérieure ou postérieure, et se luxent de leur position normale. En réalité il ne s'agit jamais d'une véritable luxation, mais simplement d'un arrachement de leurs ligaments d'attache. Le plus souvent c'est l'insertion antérieure du ménisque interne qui s'arrache au niveau du tibia. Devenu particulièrement mobile, le ménisque se déplace soit en avant, soit en arrière dans l'articulation ; le plus souvent il se déchire, se coupe en franges.

Pour arracher le ménisque, il n'est pas nécessaire d'une grande force. Celle-ci agit d'une manière indirecte : elle se produit dans un mouvement de rotation plus ou moins violent de la jambe (gymnastique, équitation, lutte, tennis, foot-ball...), ou bien encore à la suite de traumatisme moins intenses, mais répétés, par exemple chez les ouvriers qui travaillent dans la position à genoux.

Le tableau clinique du dérangement interne (méniscite) est particulièrement typique. Après le traumatisme initial, les malades souffrent et voient leur genou se tuméfier. Ils ne peuvent complètement étendre la jambe et marchent sur la pointe du pied. Sur le côté interne, ou sur le

côté externe, on trouve à l'examen une tuméfaction molle. élastique, qui devient la siège de douleurs violentes, soit à la pression, soit dans les mouvements du genou. Par le repos, les cataplasmes, le massage, les symptômes morbides diminuent rapidement d'intensité, et la fonction de l'article devient plus libre. Cependant l'articulation ne revient pas complètement à l'état normal ; il subsiste des douleurs caractéristiques. A des intervalles plus ou moins longs, apparaissent brusquement des crises de douleur, et de gêne fonctionnelle, causées par un mouvement brusque, une course, etc. Le malade éprouve brusquement une douleur dans son articulation, que, pendant un certain temps, il est obligé de tenir fléchie, sans pouvoir la redresser ; il tombe et éprouve la sensation d'un corps qui subirait un déplacement dans son genou.

A l'examen de ce patient, l'articulation paraît complètement saine. Le plus souvent il n'y a pas la moindre trace, ni d'épanchement, ni de tuméfaction. Par contre. le genou est fréquemment tenu en flexion légère, avec rotation de la jambe en dehors si le ménisque interne est arraché, avec rotation en dedans, si c'est le ménisque externe. L'étude de la fente articulaire fournit des données caractéristiques ; entre le fémur et le tibia, la place occupée par le ménisque arraché se révèle comme particulièrement douloureuse ; c'est là un signe des plus importants pour le diagnostic. Il est parfois possible de sentir avec netteté le ménisque arraché; c'est une bandelette fine et dure, qui devient proéminente pendant l'extension de la jambe, et disparaît dans la flexion du genou.

Cette affection peut être confondue dans certaines circonstances avec un corps libre articulaire ; mais à la radiographie l'articulation paraît normale dans le cas de dérangement articulaire, tandis que le corps étranger fait nettement tache sur l'écran.

La meniscite peut naturellement s'accompagner d'une atrophie du quadriceps. Elle peut aussi se compliquer d'une hypertrophie fibroplastique du tissu graisseux rétro-patellaire ; en pareil cas l'affection présente aussi les symptômes du corps étranger articulaire, et le traitement chirurgical comporte l'ablation du ménisque et de la masse graisseuse rétro-patellaire.

Abordons avec plus de détails le traitement de la méniscite.

Il est rare que le chirurgien soit consulté pour un cas récent ; s'il en est ainsi, on cherche par des mouvements appropriés à remettre le ménisque en position normale : on étend le genou, puis brusquement on le replie à angle aigu, s'il est possible, pendant que le pouce placé sur l'interligne articulaire cherche à repousser en dedans le ménisque, ou bien encore, après une flexion, on fait une brusque extension, en agissant localement comme dans la manœuvre précédente.

Si ce procédé ne permet pas de réussir, on peut encore obtenir la guérison par un traitement conservateur (repos, bandages, appareils d'immobilisation, massage..) Sur 200 cas, Benelf a obtenu 112 guérisons, dont 83 sans immobilisation, ni appareils.

Dans les méniscites chroniques, il faut également essayer tout d'abord le traitement conservateur; en cas d'insuccès, on opère : il est préférable et plus sûr d'extirper d'emblée le ménisque, sans chercher à le remettre en place. Cette intervention, aseptiquement conduite, n'est nullement dangereuse ; la fonction articulaire n'éprouve aucune gêne de l'ablation du cartilage.

La « névralgie articulaire » peut être en troisième lieu causée par les *lipomes intra-articulaires.* Ce n'est pas chose rare. Il s'agit de tumeurs graisseuses, atteignant le volume d'une cerise, d'une noix, d'un œuf de poule, qui se développent sous la synoviale, plus particulièrement sur le côté interne, et poussent un prolongement dans l'intérieur de l'articulation. Les lipomes proviennent aussi d'une hyperplasie fibreuse inflammatoire du tissu graisseux, normalement situé des deux côtés du ligament patellaire ; cette affection est consécutive, soit à un traumatisme, soit à une excitation chronique de l'articulation, telle celle produite par un corps étranger. Ces franges lipomateuses, recouvertes de synoviale, s'insinuent entre le fémur et le tibia, ou bien remplissent l'espace compris entre ces deux os et la rotule, et repoussent fortement en avant le ligament rotulien. Ces lipomes donnent lieu aux mêmes symptômes que l'atrophie musculaire et que le dérangement interne ; il s'agit de phénomènes de pincement, qui se traduisent par des douleurs survenant brusquement. Celles-ci sont occasionnées par un traumatisme, une chute sur le genou, une torsion de la jambe ; parfois l'article n'est pas tuméfié ; parfois il existe un léger épanchement sanguin. Cette première attaque disparaît généralement sous l'influence du repos, des compresses glacées, du massage. Mais il persiste néanmoins une gêne pendant la marche ; des douleurs surviennent par accès. Puis ce sont des troubles fonctionnels ; impossibilité d'étendre ou de plier le genou ; dans certaines circonstances le genou reste brusquement plié, et pour le redresser il y a impossibilité, ou bien il faut beaucoup de patiece.

A l'examen de ces malades, les signes objectifs sont caractéristiques. A côté de l'atrophie musculaire, et d'un craquement particulier du genou, on trouve une tuméfaction typique de l'articulation : celle-ci, en effet, siège presqu'uniquement de chaque côté du ligament patellaire, le reste de la jointure étant normal. C'est une tuméfaction pseudofluctuante, élastique, qui fait proéminer le ligament. L'interligne articulaire reste libre latéralement (différence avec la méniscite).

Dans certains cas, il y a coexistence du lipome intra-articulaire, et de la méniscite.

Pour traiter cette affection, en essaie généralement, mais sans succès, les badigeonnages iodés, le massage, la compression, la gymnastique ; enfin on en arrive à la seule thérapeutique rationnelle, à l'extirpation. Cette intervention est radicale ; aseptiquement pratiquée, elle est inoffensive. Aussitôt l'incision pratiquée, le lipome jaillit pour aussi dire au dehors, et s'offre facilement à l'extirpation.

Reste enfin le *corps libre articulaire.* C'est là une question trop connue de tous les praticiens pour qu'il soit nécessaire d'y insister longuement.

Son diagnostic est facile à la radiographie ; son extirpation est toujours indiquée.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous nous empressons d'insérer la lettre qui suit, réponse à l'article que nous avons publié au dernier numéro sous le titre « Philanthropie vingtième siècle ».

Paris, le 5 avril 1904.

A Monsieur le docteur Jeanne, directeur du journal le *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque, Paris.

Monsieur le Directeur,

L'article consacré dans votre dernier numéro à « l'Union médicale » nous a été communiqué dès samedi par un médecin qui venait de le recevoir.

Ce médecin, depuis longtemps en parfaite communauté d'idées avec nous, heureux de voir ainsi prendre corps un projet caressé par lui-même, nous apportait spontanément sa pleine et entière adhésion.

Nous devons donc, tout d'abord, vous remercier de ce résultat inattendu de l'excommunication majeure fulminée par vous contre « l'Union médicale ».

Cela fait, sans nous occuper de « la Fédération médicale et pharmaceutique » avec laquelle nous n'avons absolument rien de commun, sans nous départir un instant du ton courtois de toute polémique entre gens bien élevés, désireux d'user de notre droit de réponse, nous voulons compléter votre exposé et rectifier les erreurs contenues dans les lignes par lesquelles vous avez bien voulu nous présenter si gracieusement au monde médical.

Vous avez entièrement passé sous silence tout un côté de la question d'économie sociale dont nous poursuivons la solution, c'est-à-dire l'intérêt *d'ordre général* du public, non pas opposé mais connexe avec les intérêts *particuliers* des médecins.

Si les *philanthropes* n'ont pas à s'intéresser aux *classes riches*, pour lesquelles les embarras budgétaires n'existent pas ; s'ils peuvent même cesser momentanément de tourner leur attention vers les *classes ouvrières et nécessiteuses*, objet unique de tous les efforts et de la charité officielle et des Sociétés de secours mutuels, au rôle bienfaisant desquelles nous rendons un juste hommage, il en va tout autrement pour les *classes moyennes* délaissées jusqu'ici.

Les commerçants, les industriels non arrivés encore à la fortune, les jeunes fonctionnaires, les hommes qui exercent des professions libérales, au début de leur carrière ; les modestes retraités, les petits rentiers, enfin, ne peuvent, sous peine d'obérer dangereusement leurs ressources, prétendre à assurer aux leurs ou à eux-mêmes les soins des accoucheurs et des chirurgiens en renom. Pourtant les portes de l'hôpital leur sont fermées ! ou si, par des moyens détournés, ils forcent ces portes, c'est au détriment des nécessiteux dont ils prennent la place.

Dans ces mêmes milieux, *le médecin de famille* (loin de nous la pensée de nier son autorité spéciale et de chercher à l'évincer) est incontestablement l'exception ; tandis qu'en général, pour ne pas dire toujours, les intéressés attendent à en avoir besoin pour s'assurer le concours d'un médecin. Or, celui-ci, en maintes circonstances, et pour diverses raisons, peut faire défaut à l'heure même où son intervention est urgente.

Remédier dans la mesure du possible à ce double danger est la raison d'être principale de l'œuvre que nous entreprenons, et nous sommes autorisés à prétendre que tout adhérent à « l'Union médicale » fera acte de prévoyance, assurera l'équilibre de son budget et acquerra, avec la sécurité du lendemain, la certitude de soins désintéressés et loyaux.

Examinons maintenant la nature des relations que nous sommes destinés à avoir avec un grand nombre de personnalités placées à tous les degrés du corps médical.

En première ligne, laissez-nous affirmer que nous n'avons aucune pensée d'exclusivité ; nous faisons appel à toutes les bonnes volontés quelles qu'elles soient et d'où qu'elles viennent. Si au début le nombre de nos collaborateurs est forcément limité, celui-ci s'augmentera tout naturellement dans l'avenir, en raison directe de notre succès et du nombre croissant de nos adhérents.

Nous n'avons jamais songé à embrigader, à *domestiquer* (oh ! le vilain mot tombé de votre plume !) aucun médecin. C'est en toute liberté que nous sont venues déjà de précieuses acceptations de médecins spécialistes, de chirurgiens, de médecins accoucheurs, de médecins de quartier et de pharmaciens. — D'ores et déjà le nombre de ces acceptations nous permet d'envisager comme prochaine la formation complète du groupement amical (et non de la petite Eglise) que sera « l'Union médicale ».

Empressons-nous d'ajouter que ce groupement a été facilité par une même compréhension de la dignité professionnelle. Les esprits éclairés et indépendants, qui veulent bien s'associer à nous dès la première heure, estiment que la considération du praticien ne peut que gagner à la suppression radicale de toute discussion de questions pécuniaires entre médecins et malades.

Dans ces conditions, chacun, libre de multiplier ses visites sans jamais paraître obéir à un mobile intéressé, verra son autorité s'accroître ; la confiance du malade sera exempte de toute arrière-pensée et le médecin deviendra même souvent un conseiller écouté en ce qui concerne l'hygiène et la prophylaxie.

Redoutant de fatiguer l'attention et sûrs d'être compris à demi-mot, nous nous bornerons à indiquer sommairement encore :

La disparition des ennuis et des frais inhérents au recouvrement souvent pénible des honoraires, qu'il s'agisse de familles en deuil ou de débiteurs récalcitrants ;

Les rapports de bonne confraternité établis par d'amicales réunions périodiques et par les rencontres journalières au chevet des mêmes malades, entre les membres de notre groupement concourant avec un égal dévouement à la réalisation du progrès poursuivi en commun ;

Et enfin la réforme de certains abus, portant atteinte à la dignité professionnelle, sur lesquels il vaut mieux ne pas s'étendre.

En terminant, permettez-moi de vous dire qu'au lieu de trouver *antediluvien* le système de l'abonnement ou du forfait, nous le tenons pour une réelle amélioration. Il réduit à néant le reproche que l'on peut faire actuellement au

médecin de *vivre de la maladie*, au chirurgien d'être incité par son intérêt à multiplier les opérations.

L'abonnement, le forfait, c'est le médecin vivant des *bien portants*, de l'exercice de sa profession : c'est donc son prestige grandi.

Nous sommes certains qu'il nous suffira de nous adresser à votre courtoise impartialité pour obtenir l'insertion de la présente réponse, dans votre prochain numéro, à la même place que l'article paru dans votre journal à la date du 2 avril.

Agréez, Monsieur, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

A. Guépin, chef des services médicaux de « l'Union médicale »

de Vérez, Directeur de « l'Union médicale »

L'Union Médicale ne fait appel qu'à notre courtoisie ; nous lui donnerons davantage, et témoignerons d'un véritable empressement.

Si, en effet, nous n'avions pas réussi à convaincre complètement tous nos lecteurs, les arguments de la lettre ci-dessus ne manqueront pas de parfaire notre tâche.

Et cela nous dispense de tout commentaire qui ne pourrait qu'affaiblir notre thèse.

Les médecins-pharmaciens.

Dans le très judicieux article Gassot du 19 mars 1904, intitulé : « Le double diplôme », vous voulez bien nous inviter à vous donner, par une sorte de referendum, notre opinion sur ce sujet.

Voici la mienne, que j'ai fréquemment développée dans les réunions de notre Syndicat qui a jugé jusqu'ici — à une très grande majorité, — que les médecins et les médecins-pharmaciens n'ayant pas des intérêts strictement parallèles, il n'y avait pas lieu d'admettre ceux-ci dans notre Société de défense professionnelle.

En l'espèce, je partage entièrement l'avis de votre correspondant n° 2, rappelant à leur sujet les mots de fabuliste :

Je suis oiseau, voyez mes ailes.

Je suis convaincu, comme lui, que les médecins pharmaciens n'ont, pour la plupart, qu'un objectif, fort naturel d'ailleurs : s'attirer comme médecins les malades que nous leur adressons à titre pharmaceutique et retenir à leur officine, comme pharmaciens, les clients qu'ils visitent : double attraction qu'un commentaire habile de nos ordonnances et du diagnostic qu'ils y devinent, ainsi que des tarifs médicaux inférieurs, — parfois nuls, — leur rendent facile.

On pourrait citer tel médecin-pharmacien qui visite pour deux francs PAR AN des familles mutualisées de commerçants aisés, mais auxquelles il fournit les médicaments ; tel autre qui fait huit kilomètres pour aller voir des malades, à des prix de nègre, ayant préalablement bourré ses poches des drogues qu'il ordonnera (c'est le mot juste).

Or, nous vivons, dans notre Syndicat, sous l'égide d'un code déontologique où nous lisons que « le médecin ne doit pas s'associer à un pharmacien pour l'exploitation d'une officine ». Cette association n'est-elle pas plus blâmable quand les deux professions s'associent en une seule personne ?

Tous les codes déontologiques sont unanimes, je pense, à stigmatiser les médecins réclamistes à outrance ou rabaisiens comme nuisant à la dignité ou aux intérêts vitaux de la corporation. Or, les médecins-pharmaciens doivent fatalement devenir réclamistes ou rabaisiens. Et nous pouvons voir, chaque jour, ceux-ci se servir de la 4e page des journaux pour prôner leurs panacées, ce qui est leur droit comme pharmaciens, mais ils ne la prônent que sous le nom de docteur X, *tout court*. Il faut aller jusqu'au bas de la page pour trouver en tout petits caractères, après les certificats et attestations charlatanesques de guérison : *S'adresser à la pharmacie du Dr X.* Et le tour est joué.

Un pharmacien me disait naguère : « On nous accuse de faire de la médecine illégale, parce que dans nos conversations avec les clients qui viennent chez nous chercher des remèdes, il nous arrive forcément de répondre à une demande de conseils ; ces conseils, nous refuserons encore moins de les donner lorsque, dans notre voisinage, se trouvera une officine de médecin-pharmacien, car le client nous quitterait pour aller y chercher les remèdes, s'il y trouve, en même temps, le conseil demandé, — le plus souvent à titre gracieux ».

Pour toutes ces raisons et bien d'autres encore, le vote de l'art. 9 de la proposition Astier me paraît devoir être appuyé par tous les syndicats médicaux.

Mais, en attendant, une autre résolution s'impose :

Les médecins-pharmaciens faisant très bien leurs affaires, voici que des pharmaciens établis déjà depuis plusieurs années dans des villes universitaires commencent à entreprendre leurs études médicales. Pour leur faciliter ces études, on les dispense du P. C. N — ce qui peut, à la rigueur, être admis, — mais, on les dispense aussi des baccalauréats ès lettres de rhétorique et de philosophie qu'on a exigés de toute la génération contemporaine. Or, la plupart d'entre eux n'ont que le baccalauréat ès sciences ; ils ont donc terminé leurs études avant nous, et, de plus n'ont pas couru les chances des échecs au second baccalauréat.

Est-il bon, est-il logique d'augmenter ainsi l'encombrement médical ? N'y a-t-il pas assez de l'obstruction que sont venus faire dans notre profession les étrangers, avant l'institution tardive des deux diplômes : d'État et d'Université ?

Je crois, Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré confrère, que beaucoup penseront avec moi qu'il est injuste de favoriser ainsi une corporation au détriment de l'autre.

Dr X.

CORRESPONDANCE

L'optique médicale est branche de la thérapeutique

Monsieur le Directeur,

Je viens de lire avec le plus vif intérêt, dans le dernier numéro du *Concours Médical*, l'article de notre confrère M. le Dr d'Ayrenx, intitulé « A propos de la loi sur la pharmacie. »

Les faits qu'il signale sont tellement évidents, et tellement habituels chez les opticiens, non seule-

ment à Paris, mais encore en province que, depuis plusieurs années déjà, je pense comme lui.

Il est bien certain, en effet que Messieurs les opticiens, en vendant à tout venant des verres simples, cylindriques, voire même combinés, se livrent en somme à l'exercice illégal de la médecine et doivent être assimilés aux pharmaciens.

Ainsi je connais certain opticien de notre ville, où j'exerce l'ophtalmologie depuis bientôt dix ans, qui a un véritable cabinet de consultation et qui non seulement ne se fait pas faute d'ordonner *proprio motu* des verres cylindriques ou combinés, mais encore ne se gêne point pour changer d'emblée les verres prescrits par un oculiste. Comme je lui exposais un jour mes idées sur la façon dont je comprenais l'exercice de la profession d'opticien, et que je l'assimilais à celle de pharmacien, il me répondit: L'optique n'est pas de la médecine, et les opticiens ont le droit de vendre n'importe quelles lunettes!

Cette réponse bien typique est à retenir, car elle indique la mentalité de bon nombre d'opticiens nouveaux, instruits, bons commerçants et à boutique bien achalandée.

Or il est de notre devoir, tant au point de vue de l'intérêt bien compris du public, que de celui du corps médical tout entier, que l'optique médicale, qui est incontestablement une branche de la médecine, ne soit pas abandonnée à des empiriques, à des exploiteurs extra-médicaux ou à de simples boutiquiers.

La question me paraît importante, non seulement au point de vue de l'avenir de l'ophtalmologie, mais encore au point de vue de l'hygiène oculaire, surtout chez les enfants et les adolescents; c'est pourquoi je tiens à vous dire que je m'associe entièrement à l'idée de notre confrère d'annexer à la loi sur la pharmacie un titre spécial concernant les opticiens qui seraient assimilés aux pharmaciens.

Je sais bien que, même armés de cette nouvelle loi, nous aurons à lutter contre la routine du public et la résistance des opticiens; cependant il ne faut pas se déclarer vaincus d'avance et désespérer du succès, car les opticiens eux-mêmes s'apercevront bien vite qu'ils n'auront rien à perdre puisqu'ils auront toujours à exécuter les verres prescrits par nous.

Je suis persuadé que la majorité de nos confrères ophtalmologistes pensent comme le Dr d'Ayrenx, et je suis convaincu aussi que le « Concours Médical », en soutenant cette idée de son haut patronage, la fera aboutir, et saura s'acquérir ainsi un nouveau droit à la reconnaissance profonde de la profession médicale tout entière.

Veuillez agréer, etc. D. X.

La vraie défense par le « Sou Médical »

Mon bien cher confrère,

Dès le reçu de votre lettre, j'ai écrit à la Cie pour lui dire que je *l'ignorais*, et au M. pour confirmer ma première note.

Celui-ci s'est exécuté poliment, c'est vrai, mais avec des allusions, des réticences et des considérations telles que je lui ai répondu la lettre suivante :

Monsieur,

« J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre billet de 50 fr. et de la lettre qui l'accompagne.

« Je suis désolé qu'une affaire si minime ait pu occasionner cette longue correspondance où, quel que courtoise qu'elle soit dans les termes, on sent néanmoins, quand on sait lire entre les lignes, percer une petite pointe d'acrimonie.

« C'est moi, Monsieur, qui le premier ai fait observer à la Cie d'assurance et à vous-même (revoir ma lettre) qu'il s'agissait ici du *tarif ouvrier* à l'exclusion de tout autre. La consultation du « Concours » reste donc debout dans son intégrité, au lieu de *tomber* comme vous le dites.

« Pauvre « Concours »! Il est si *belliqueux* comme vous le dites ! Cet animal est fort méchant :

Quand on l'attaque il se défend.

« On voit, Monsieur, que vous ignorez les avanies, les grossièretés, les dénis de justice, les noirceurs, les ingratitudes, les déboires et les écœurements de toute sorte dont est abreuvé le Corps médical depuis de longues années !

« A part quelques médecins de ville, heureux ou officiels, à part encore quelques médecins de campagne qui doivent à leur mariage l'*aurea mediocritas*, le reste, les quatre cinquièmes, caste taillable et corvéable à merci, traîne misérablement son boulet et son servage, sans paix ni trêve, et sans compensation.

« Et, parce que, lasse d'être l éternelle dupe, l'éternelle sacrifiée, une *Elite* s'est constituée pour la défense collective ; parce qu'elle a réussi à grouper la meilleure partie du corps médical ; parce qu'elle a dégagé, mis en lumière et affirmé nos droits parallèlement à nos devoirs ; parce qu'elle s'est fait le conseil des ignorants, le soutien des timides, le défenseur des faibles et des opprimés ; parce qu'elle est devenue une Puissance basée sur le Droit, puissance avec laquelle il faut actuellement compter, on l'appelle *belliqueuse....* Pourquoi pas aggressive ?

« Non, Monsieur, le «Concours» est tout simplement courageux, parce qu'il défend la bonne cause. Il combat, comme nos ancêtres les Gaulois, *pro aris et focis* : jamais il n'attaque. Il se défend et nous défend.

« Il y a bientôt douze ans, pour ne citer qu'un fait, un accident a lieu. Grave et profonde blessure de la face, sept pansements. Erysipèle. Phlegmon consécutif, etc., etc. ; bref, quinze pansements et six visites en 45 jours, le tout à sept ou huit kilomètres de ma résidence. Devinez ce que la Cie « La P. .. » a eu l'impudence de m'allouer ? **six francs**.

« En ce moment le «Concours» n'en était encore qu'aux études et non à l'action par le « Sou médical ». Il aurait fallu plaider: comme actuellement, alors je n'étais pas riche, je me suis laissé voler. Vous le voyez : ce n'est pas nous, — comme ce coquin de lapin, — qui avons commencé.

«De tout ceci, Monsieur, je désire que vous reteniez une seule chose: c'est que, quelque payé, — ou plutôt *honoré*, — qu'il puisse être par un client, même un client de passage qu'il n'est plus appelé à revoir, le pauvre petit vieux médecin de campagne qui eut un soir la bonne fortune de vous prêter assistance, emporte au cœur une blessure quand cet honoraire a été discuté et n'est pas accompagné d'un sourire.

«La poignée de main reconnaissante du pauvre paysan me touche mille fois plus que la pièce de cent sous.

« Je m'exagère peut-être un peu la chose : au moins ai-je le mérite de la franchise.

Et si chaque médecin de France mettait autant d'âpreté, je le concède, à défendre sa dignité d'abord, ses droits ensuite, le corps médical occuperait un autre degré dans la hiérarchie sociale,

le degré de respect et de considération auquel sa sublime mission et son dévouement lui donnent droit.

« Avec mes remerciements, veuillez agréez, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Voilà, mon cher confrère, ce que le client recevra demain matin en même temps que vous. *Ai-je bien fait* ? et notez que c'est la deuxième. La première était autrement *vive*, quoique tout aussi polie.

Votre œuvre est belle, mon cher confrère : malheureusement le nombre des adhérents au Concours et au « Sou » devrait être quadruple : c'est-à-dire que le corps médical français devrait s'unir tout entier, en corps complet, sous votre bannière. Les efforts particuliers sont louables : l'effort collectif seul est *vraiment utile*.

Pourquoi un tarif à Bordeaux, un à Lyon, un à Lille et un autre à Marseille : tout devrait être ramené à l'unité.

Veuillez agréez, mon cher et excellent confrère, et faire agréer à vos collaborateurs, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Dr L., à L. B.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Mutuelle assurance des Médecins de France vie

Siège social : 32, *rue La Boëtie*, 32, *Paris* (8e)

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 5 DÉCEMBRE 1903

La séance est ouverte à 9 heures du soir, sous la présidence du docteur Baratoux.

Le Président donne lecture d'un projet d'adhésion à l'*Union des Sociétés de Secours mutuels et de retraites du 2e Collège adhérente à la Fédération des Unions de Collèges du département de la Seine et à la Fédération nationale de la Mutualité Française*.

Le prix de la cotisation est de 5 francs par an pour la Société, et deux délégués, MM. Baratoux et Levassort, sont nommés.

En outre, M. Baratoux donne lecture d'une Circulaire du Directeur de la *Sauvegarde de la Mutualité*, au sujet de la contre-assurance de l'Association.

La proposition semble sourire à l'Assemblée qui demande quelles sont les garanties de cette Société. MM. Levassort et Piogey se chargent de faire une enquête à ce sujet et le Président demande que, si elle est favorable, le Bureau puisse faire la contre-assurance.

Le Président propose alors d'ajouter à notre Société une combinaison permettant aux Membres qui en seraient partisans de se créer une rente viagère à l'âge de 55 ans ; cette rente ne pourrait dépasser 360 francs.

Cette proposition, prise en considération, fera l'objet d'un examen.

Il est, ensuite, donné lecture du compte rendu du Secrétaire et du Trésorier :

« Messieurs,

« L'an dernier, en vous rendant compte de la situation de notre Société, nous exprimions l'espoir de voir notre nombre augmenter. Il n'en a pas été ainsi et cependant, Messieurs, en deux ans, nous avons vu se produire deux catastrophes dont la brutalité et la rapidité foudroyante donnent à nos idées de prévoyance une justification hélas trop méritée ! C'est Courtaix, c'est Lancelin, qui succombent l'un et l'autre en pleine force et en pleine santé. Les veuves de nos deux infortunés Confrères ont pu toucher immédiatement et sans formalités, la prime de 1.000 francs que confère notre Mutuelle Assurance-Vie.

« Puisse l'éloquence de ces tristes exemples secouer la torpeur de nos Confrères imprévoyants et les attirer dans nos rangs.

« Voici l'état de nos finances :

« Nous sommes trente, nous avons touché trente cotisations à 30 francs, soit 900 francs. La prime d'assurance a été de 407 francs, nos frais généraux, cette année, n'ont atteint que 39 fr. 95 ; peut on être plus économe ?

« Il nous reste donc une importante réserve de 400 francs, de quoi adoucir encore quelques peines ! Tel est le but de notre chère Mutuelle Assurance-Vie. »

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire.

Dr SELLE.

Fédération des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais.

Un Procès verbal d'arbitrage.

Le Syndicat médical de Roubaix, ayant appris au mois d'avril 1903 qu'un pharmacien de Roubaix avait donné des soins à des blessés victimes d'accidents du travail, porta plainte devant la Fédération des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais.

La Fédération, après étude du dossier, décida qu'il y avait lieu de poursuivre le pharmacien.

Elle résolut de faire juger cette question par un tribunal arbitral, dont un arbitre serait choisi par la Fédération, un second par le Syndicat régional des pharmaciens et un troisième par le syndicat médical intéressé.

Pour assurer l'impartialité du tribunal, il fut décidé en outre que l'un des juges serait choisi en dehors de la profession médicale et autant que possible parmi les hommes de loi.

Les arbitres choisis furent :

Par le Syndicat de Roubaix : M. Pannier, ancien juge de paix, à Roubaix ;

Par le syndicat régional des pharmaciens : M. Machelart, ancien président de ce syndicat, pharmacien à Lille ;

Par la Fédération : M. Pollet, docteur en médecine, secrétaire du Syndicat médical de Douai.

Le pharmacien intéressé déclara accepter cette juridiction et aussi la personnalité des arbitres désignés.

Ce tribunal arbitral s'est réuni le 25 février, à 5 heures, dans un des salons de l'hôtel Ferraille, à Roubaix, sous la présidence de M. Pannier.

Il a rendu le jugement suivant :

« Les arbitres soussignés, acceptés par les deux parties en cause,

« Après avoir entendu M. le docteur Butruille, président de la Fédération des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais, parlant au

nom de cette Fédération et exposant les faits et M. X... pharmacien à Roubaix dans sa défense, qui reconnaît la matérialité des faits qui lui lui sont reprochés ;

« Attendu que M. X... a donné ses soins *d'une façon continue pendant plusieurs jours consécutifs* à des blessés victimes d'accidents du travail et qu'il a ainsi *prescrit et dirigé un traitement suivi* ;

« Attendu que cette manière de faire lèse gravement les intérêts des médecins qui ont fait un compromis avec les Compagnies d'assurances qui ne peut-être suffisamment rémunérateur pour eux qu'à la condition de donner leurs soins à tous les blessés sans exception et qui deviendrait onéreux le jour où, suivant les conseils intéressés donnés par certaines Compagnies à leurs assurés on permettrait aux pharmaciens de soigner complètement les accidents de faible gravité ;

« Attendu qu'il importe de s'opposer à cette manière de faire dans l'intérêt bien compris et des blessés eux-mêmes et des deux professions médicale et pharmaceutique.

« Déclarent que M. X..., en agissant ainsi, a fait de l'exercice illégal de la médecine et que la Fédération des syndicats médicaux est bien fondée à lui demander une réparation ;

« Ils accordent à cette Fédération la sanction très modérée qu'elle demande, estimant que cette poursuite doit surtout servir d'avertissement pour éviter le retour de pareilles fautes, qu'elle serait alors dans l'obligation de poursuivre plus sévèrement ;

« M. X... devra payer à la Fédération des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais :

« La somme de un franc à titre de dommages et intérêts, et aussi les frais de publicité prévus dans le paragraphe suivant ;

« Copie de ce présent jugement sera envoyé à tous les pharmaciens des deux départements du Nord et du Pas-de-Calais ;

« Il sera aussi publié (sans frais) dans les trois journaux professionnels : Le *Bulletin de la Fédération des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de Calais*, le *Bulletin du syndicat régional des pharmaciens*, le *Concours médical de Paris.* »

Fait à Roubaix, le 25 février 1904.

Ont signé les arbitres :

PANNIER,
Dr A. POLLET,
MACHELART.

POUR COPIE CONFORME :

Le secrétaire général de la Fédération.
Dr G. LEMIÈRE.

REPORTAGE MÉDICAL

Administration sanitaire de l'Empire Ottoman. — Un concours sera ouvert à Constantinople, le 11 août 1904 irrévocablement, pour l'admission de cinq médecins dans les cadres du personnel provisoire de l'Administration sanitaire.

Les praticiens, dûment diplômés, qui désirent y prendre part doivent s'adresser en temps voulu à l'Administration susdite pour avoir connaissance des conditions exigées des candidats, ainsi que des matières portées au programme de ce concours.

Congrès international de la tuberculose (Paris, 2-7 octobre 1905.) — Dans sa dernière séance, le Comité d'organisation du Congrès international de la tuberculose à Paris a décidé de reculer d'un an l'ouverture du Congrès, précédemment fixée au mois d'octobre 1904.

Le Congrès se tiendra à Paris du 2 au 7 octobre 1905, dans le grand palais (section de l'avenue d'Antin).

Cette décision se trouve motivée par la raison suivante : les Etats-Unis d'Amérique avaient fixé primitivement au printemps de 1904 l'ouverture d'une exposition internationale qu'ils préparent à Saint-Louis ; or, il arrive que l'exposition internationale de Saint-Louis n'ouvrira que le 30 septembre 1904 et qu'elle comportera, du 3 au 5 octobre, un Congrès international de la tuberculose.

Ecole pratique d'odontologie et de stomatologie : Enseignement spécial de la chirurgie dentaire réservé aux docteurs en médecine. — L'enseignement est divisé en trois parties : 1° Travaux pratiques sur fantôme ; 2° Travaux pratiques de prothèse au laboratoire ; 3° Clinique de dentisterie opératoire et de prothèse.

Le cours a une durée minimum de trois mois avec facilité de prolongation, à la volonté de l'élève.

Les malades admis à la Clinique de l'Ecole reçoivent gratuitement les soins et appareils, ce qui assure une application pratique très suffisante pour accomplir toutes les opérations courantes de la chirurgie dentaire.

Pour tous renseignements s'adresser au docteur Siffre, 97, boulevard Saint-Michel, de 1 h. à 2 h., Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles par C. Crinon, pharmacien de 1re classe, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris, directeur du « Répertoire de Pharmacie » et des « Annales de Chimie analytique », 11e édition (1904) chez M. Rueff, éditeur, 106, boulevard Saint-Germain, Paris. Prix : 4 francs.

Dans la onzième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler ; parmi ces medicaments, les plus importants sont : le Collargol, la Dyspeptine, le Formane, la Gastérine, la Glycogène, l'Helmithol, le Lysoforme, le Purgène, la Quinoformine, le Tachiol, la Théocine et le Véronal.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou presumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

Les premières éditions de la « Revue des médicaments nouveaux » de M. Crinon ont reçu, des médecins et des pharmaciens, un accueil qui permet d'augurer le même succès pour celle qui vient de paraître.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année — N° 16 — 16 AVRIL 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Simple protestation.

« Je suis décidé, à l'avenir, à inscrire sur mes ordonnances le nom du pharmacien auquel mon malade devra s'adresser, parce que je veux être certain que la préparation sera bien exécutée, ce qui n'a pas toujours lieu actuellement ; et je demande que l'on nous reconnaisse le droit de mettre ainsi notre responsabilité à couvert.

« A cette proposition une seule objection va s'opposer : on me dit : le médecin va être soupçonné ! A notre époque, tout le monde soupçonne et accuse son voisin ; chacun se sent honnête, mais se croit entouré de gens peu honnêtes, et toute action, même naturelle, s'explique par les plus petits et les plus bas motifs. Que nous prenions un parti ou le parti contraire, nous serons blâmés ! *Agissons donc comme il nous plaît en suivant notre conscience.* LE SEUL MAL EST DE NE PAS OSER FAIRE CE QU'ON JUGE JUSTE ».

Voilà ce que disait, en substance, tout dernièrement, M. le Dr Leredde, à la Société médico-chirurgicale de Paris.

Et M. le Dr de Ranse d'approuver hautement ce langage, comme tous ceux qui, entre l'intérêt du malade et la crainte des suspicions auxquelles cet intérêt expose le médecin à tout instant, sacrifient crânement cette considération égoïste, et n'écoutant que leur *conscience*, remplissent leur *devoir*, c'est-à-dire *observent la déontologie.*

Nous n'eussions peut-être pas songé à rappeler cette communication (tant ses conclusions nous paraissaient naturelles), si le *Bulletin de l'Association générale* n'était venu hier, à l'improviste, nous apporter, au sujet de la déontologie, de ses principes, de sa définition, de son code, des vues diamétralement opposées.

Pour le *Bulletin*, « un *Code de déontologie* est l'exposé des règles auxquelles doit obéir un médecin *soucieux de rehausser dans l'estime publique la profession à laquelle il appartient et conscient du dommage que la faute d'un seul peut causer à la profession toute entière* ».

Ainsi, le criterium de notre moralité professionnelle serait, dans cette opinion, l'appréciation de la galerie (toujours hostile et changeante comme la mode), le « qu'en dira-t-on », la suspicion moliéresque. C'est bien cela qu'ont voulu dire nos amis de l'Association, car ils y reviennent à vingt reprises différentes dans les articles de ce soi-disant code. Là où il fallait dire *conscience*, ils ont mis *suspicion*.

Eh bien, nous leur répondrons ceci :

« Nous ne pouvons déférer à votre invitation de « discuter ce long travail, car vos prémisses sont « erronées. De cette discussion ne sortiraient que « la polémique qui répugne, l'ostracisme, la dis« qualification, l'interdit, prononcés à la légère et « à tort, comme pourrait le faire l' « ordre des « médecins » dans les mauvais jours d'emballe« ment que redoutent tous ceux qui le com« battent.

« Mais nous vous devons de plus une protesta« tion légitime puisque vous l'avez provoquée.

« En effet, il paraît (d'après la note en caractères microscopiques qui suit votre avant-propos), que cette définition, ces principes, ce code de déontologie seraient présentés sous les auspices du *Comité de déontologie et de défense professionnelle* réuni le 28 janvier dernier. Comment se fait-il qu'on n'ait convoqué à cette séance ni les représentants du Concours médical, ni ceux de l'Union des Syndicats, etc., etc... ?

« C'est sans doute qu'ils auraient mis en miettes la fragile machine de guerre en montage si pénible depuis un an : c'est à peu près certain, mais il n'en était pas moins indispensable d'être correct ».

Nous disions, il y a un mois : « Vive l'union des Sociétés de défense pour les *actes*, et foin des palabres et des discussions oiseuses». Notre sentiment n'a pas changé. Nous ne serons donc pas parmi les discoureurs ; en revanche on nous verra partout sur la brèche agissant pour faire aboutir, à force de démarches, à force de luttes, les pauvres vœux des Sociétés locales que le Bulletin noie dans l'eau bénite officielle, dans les propositions d'enquête déjà terminées, et dans les renvois aux calendes grecques.

Chacun comprend à sa façon la déontologie et la solidarité : les praticiens apprécieront.

Mais on nous obligeait à protester contre une attribution de paternité subrepticement opérée.

C'est fait. Remettons-nous à la besogne utile et, en vertu même de l'article 9 du prétendu Code, fi de la polémique.

Le Conseil de Direction du « Concours médical ».

LA SEMAINE MÉDICALE

Emploi de l'acide carbonique chaud dans le traitement des inflammations chroniques des muqueuses et en particulier dans les sinusites.

M. le Dr Paul Philippe a lu récemment à l'Académie de Médecine une étude très intéressante sur les propriétés de l'acide carbonique chaud dans les cas d'affections nasales, ozène, sinusites frontales et maxillaires.

Il a expérimenté avec le Dr Gr. Gautier, dont les travaux sur ce sujet remontent à 1898, ce gaz qui se recommande par sa grande pénétration, son action bactéricide et décongestionnante sur les tissus infectés : anesthésique, cicatrisant, l'acide CO^2, saturé à chaud (49 à 60°) par des essences de cannelle et de girofle, peut être employé dans un grand nombre d'affections : ulcères, plaies torpides, inflammations uréthrales, blennorrhagiques, cystites, mais c'est principalement dans les sinusites que les auteurs ont pu constater sa grande valeur thérapeutique. L'appareil dont ils se servent est ingénieux et fort simple. L'acide CO^2, contenu à une pression de dix atmosphères dans un récipient métallique, arrive sous légère pression dans un appareil destiné à le chauffer : le mode de chauffage du gaz consiste en une lampe de 16 bougies reliée au secteur de la ville et pouvant donner au gaz une température de 40° à 60°. Le gaz ainsi chauffé traverse une couche d'ouate imbibée d'essences médicamenteuses et, grâce à une canule de forme appropriée, peut être injecté facilement dans les cavités.

FEUILLETON

Une épreuve avant la lettre.

Elle était mignonne au possible.....

Non qu'elle fût petite. Sa taille dépassait la moyenne ; mais elle était svelte, élancée ; elle avait un galbe de sylphide et une gorge naissante qui s'annonçait pleine de promesses.

Elle avait de grands yeux bleus veloutés, ombragés de longs cils noirs, une petite bouche finement ciselée, des traits délicats, le teint pâle et une physionomie qui exprimait une candeur angélique.

Coiffée d'un vaste chapeau à plumes qui couronnait une opulente chevelure d'ébène, elle était vêtue d'un boléro en velours bleu orné d'un col de fourrures, et d'une jupe en homespun grenat, garnie de biais en taffetas loutre.

Ses formes séduisantes, sa mise élégante, sa grâce qui se révélait dans ses moindres gestes, en faisaient une ravissante créature.

Sa mère l'accompagnait.

C'était une femme d'une cinquantaine d'années, petite, voûtée, brune, de petits yeux ronds noirs très vifs, le teint basané, la peau ridée avec quelques poils de barbe à la lèvre supérieure.

Elle était coiffée d'un bonnet de linge et vêtue d'une robe de cotonnade usée, surmontée d'un mauvais fichu en lustrine. Un tablier d'indienne complétait le costume.

Autant la fille était élégante, distinguée, autant la mère était simple, commune et même vulgaire. La mère était en retard de cinquante ans, la fille était dans le mouvement, ou mieux à l'avant-garde du mouvement.

Ce contraste est fréquent dans les grandes villes et dans les villes industrielles. C'est une affirmation éloquente du progrès social au point de vue matériel. La campagne, du reste, emboîte le pas, et si on voit chaque jour de petites ouvrières de ville aller à leur travail en voilette et en gants de peau, on voit assez souvent des bergères garder leurs troupeaux en robes façonnées et en chapeaux à plumes. Si Florian revenait au monde, il serait dans l'enchantement, et ne sommes-nous pas nous-mêmes agréablement impressionnés en voyant ces jolies choses.

Donc, la mère et la fille formaient un duo aussi moderne qu'intéressant.

— Monsieur le docteur, dit la mère, je suis venue consulter ma fille. Je crois qu'elle est anémite.

— De quoi vous plaignez-vous Mademoiselle ?

— Je me fatigue très vite, Monsieur. Je suis essoufflée quand je marche un peu vite et que je monte des escaliers. J'ai souvent des battements de cœur.

— Et puis, dit la mère, elle est devenue toute pâle. Auparavant, elle était fraîche ; maintenant, elle devient presque jaune par moments.

J'examine la conjonctive, les gencives ; elles sont blanches, presque exsangues. J'ausculte le cœur ; il y a un bruit de souffle caractéristique.

A quoi pouvait tenir cette chloro-anémie ? Il y a tant de causes à cette maladie si commune, sans compter l'amour contrarié, ou même l'amour satisfait : car l'un et l'autre peuvent amener l'anémie. S'il y a la chlorose virginale, n'y a-t-il pas aussi la chlorose gravidique ?

— Quel âge avez-vous, Mademoiselle ?

— Dix-neuf ans.

— Etes-vous bien réglée ?

— Je n'ai rien vu depuis le 1er juillet.

Et on était au 6 septembre.

— Montrez-moi vos seins.

La jeune fille hésite.

— Est-ce bien nécessaire, Monsieur ?

Insuffisance des moyens de défense de l'organisme chez le nouveau-né.

M. le Dr C. J. Duchamp a consacré sa thèse à l'étude des moyens de défense de l'organisme chez les nouveau-nés.

A cet âge, si certaines affections sont fréquentes et graves, cela tient à l'état des défenses organiques dont l'insuffisance naturelle facilite la pénétration des germes jusque dans les milieux clos. Ainsi, chez le nouveau-né, la faible excrétion de la sueur favorise l'effraction de la peau, si difficile chez l'adulte normal que les expérimentateurs la considèrent comme exceptionnelle. De même, l'appareil pulmonaire est plus menacé chez le nourrisson parce que la respiration buccale, plus commune que chez l'adulte, permet aux germes d'échapper aux multiples défenses des fosses nasales. Enfin, le tube digestif des jeunes sujets contient une plus faible proportion de mucus, substance qui remplit un rôle à la fois mécanique et bactéricide ; en outre, les diastases, dont l'action atténuante, à l'égard des toxines, est aujourd'hui démontrée, sont moins actives et moins variées.

Rhumatisme tuberculeux à forme granulique.

D'après la thèse de M. le Dr André Manjot, de Lyon, la granulie peut se localiser sur les synoviales comme sur les autres séreuses.

On ne peut préciser la fréquence de cette tuberculose aiguë des synoviales.

Dans certains cas, exceptionnels, ces lésions articulaires se sont révélées par des arthrites aiguës, simulant le rhumatisme articulaire aigu. Ces cas rentrent, à ce titre, dans le cadre du rhumatisme tuberculeux.

La gravité de l'affection dépend alors bien plus de l'infection générale que des arthrites, qui n'en sont qu'une manifestation.

Ces arthrites sont fixes et, dans les cas rares où l'infection générale n'entraîne pas la mort dans un délai plus ou moins court, elles peuvent évoluer vers la tumeur blanche, voire vers l'ankylose.

En ce qui concerne le traitement, voici, en quelques lignes, l'opinion de M. Pollosson :

« Il est difficile de tirer du petit nombre de faits connus, des indications thérapeutiques précises. Dans le cas de tuberculose généralisée, on s'abstiendra de traitement actif. Si, avant l'apparition de symptômes de généralisation, on soupçonne la granulie en présence d'une hydarthrose aiguë, ou subaiguë on se contentera des moyens les plus simples, révulsifs, compression et repos. Si l'affection se prolonge à l'état d'hydarthrose, il serait rationnel, après l'échec des moyens ci-dessus indiqués, d'avoir recours à l'incision suivie du lavage antiseptique de la jointure.

« Dans le cas où l'eruption granuleuse serait découverte dans le cours d'une opération, il serait indiqué de faire l'extirpation complète du foyer, par synovectomie, résection ou amputation ; dans le cas où, avant arthrotomie, l'hésitation serait permise entre la résection et l'amputation, on se décidera pour l'amputation.

« A l'appui de cette dernière conclusion, nous rappellerons l'observation, rapportée plus haut, de granulie du genou, où M. Poncet, constatant l'existence d'une éruption miliaire, fit, pour ce

---

– C'est indispensable, Mademoiselle.

Elle se met en devoir de me montrer ses seins. Ce n'était ni commode, ni agréable.

Déranger toute l'économie de son corsage, écarter son plastron de satin blanc à plis piqués, dénouer sa chemise, délacer son corset : c'était beaucoup d'entrain et d'ennui. Ma jeune cliente le manifestait par une légère moue qui n'avait rien de disgracieux.

Elle écarta quand même de ses doigts agiles son gilet de satin, elle dénoua les liens de sa chemise brodée et elle mit à nu deux beaux seins blancs et fermes. Mais je ne voyais que le dessus des seins ; c'était intéressant et pas du tout désagréable, mais c'était insuffisant.

– C'est le bout des seins que je tiens à voir, Mademoiselle.

Elle déboutonne alors le haut du corset et fait des tentatives pour en exclure les deux globes d'albâtre. Elle ne réussit pas. N'y avait-il pas un peu de mauvais vouloir ?

Je me vis forcé d'y mettre la main moi-même et de soulever hors de leur niche les deux seins l'un après l'autre.

Cette opération, qui n'avait rien de pénible, fut bien acceptée par la patiente.

J'examine les aréoles. Elles sont ornées chacune d'une dizaine de beaux tubercules.

Mon diagnostic était porté. J'avais affaire à une chlorose gravidique.

– N'avez-vous pas, Mademoiselle, commis quelque imprudence ?

– Non, Monsieur, répond-elle d'un air pudibond.

– Une imprudence seulement.

– Mais non, dit-elle, d'un air étonné.

Je n'insistai pas. Je dis à la mère que sa fille était anémique comme elle le croyait et j'instituai un traitement reconstituant : quinquina, fer, etc.

Je priai les deux femmes de revenir dans un mois.

Le 14 octobre, elles reviennent me consulter. Il s'est opéré un changement favorable dans l'état de la jeune fille. Elle se considère comme guérie et la mère me témoigne toute sa reconnaissance.

Mais ce n'est pas parfait. Les règles ne sont pas revenues, et, ainsi que le dit la mère, elle ne sera pas guérie avant d'avoir revu du sang.

Je demande à revoir les seins.

— Mais c'est inutile, Monsieur. Je vais bien maintenant.

— Puisque le docteur le demande, ma fille, il faut le faire. Ce n'est pas sans raison.

Elle s'exécute et je puis de nouveau constater l'existence des tubercules aréolaires, ils me paraissent même avoir grossi et la coloration de l'aréole est plus foncée que la première fois. Ce nouvel examen me confirmait dans mon diagnostic. C'était bien une grossesse.

Devais-je recommencer mon interrogatoire et attendre un aveu de la jeune fille ? Il n'y fallait pas compter.

En pareilles conjonctures, il y a plus de repentirs que d'aveux.

La présence de la mère pouvait d'ailleurs mettre obstacle à une confession sincère.

Je prie donc la mère de nous laisser seuls un instant.

Au moment où j'ouvre la porte pour la faire sortir.

— C'est pas la peine, Monsieur le Docteur. Je sais ce que vous voulez dire à ma fille. Vous pouvez le dire devant moi.

Il n'y a pas de secret, je dois même vous avouer que depuis quelque temps j'étais inquiète. Ma fille est fréquentée par un jeune homme depuis près de deux ans. Je lui ai fait des observations à ce sujet. Ce jeune homme est employé dans un magasin en face du sien et ils sortent tous les soirs ensemble.

motif, l'amputation de la euisse de préférence à la résection. A l'autopsie on trouva, à la périphérie de l'articlc, autour du cul-de-sac supérieur de la synoviale, dans l'épaisseur du triceps, une poussée de granulations miliaires qui auraient échappé à une opération conservatrice.

Diagnostic de l'érysipèle de la face.

M. le docteur A. Door, de Frasne (Doubs), énumère dans sa thèse les points essentiels qui serviront à déceler les différentes maladies pouvant simuler l'érysipèle de la face.

On ne confondra par l'érysipèle de la face avec :

a) La *fluxion ou l'abcès dentaires*, où il est facile de découvrir dans la bouche une dent malade ou cariée, ou d'apprendre, par l'interrogatoire, que l'affection a débuté par un mal de dents. Dans la fluxion, on se rendra compte, par l'exploration bidigitale de la joue, que l'inflammation envahit tous ses tissus : peau, tissu cellulaire sous-cutané, muscles et muqueuse, à l'inverse de l'érysipèle où l'inflammation occupe uniquement le derme, laissant indemnes les tissus sous-jacents. Dans l'abcès dentaire, le ramollissement et la fluctuation mettront sur la voie du diagnostic. Dans les deux affections, enfin, il existe un œdème collatéral et les lésions ne sont pas limitées par un bourrelet.

b) La *lymphangite* qui suit l'infection d'une plaie de la face et que l'on reconnaîtra : par les traînées rouges que dessinent les vaisseaux lymphatiques ; par l'inflammation qui se continue insensiblement avec les tissus sains ; par sa situation plus profonde dépassant le derme ; par, souvent, la constatation d'un suintement puriforme par la plaie. Enfin. l'œdème péri-inflammatoire. mou et tremblotant, complètera le diagnostic. Ces mêmes caractères seront constatés dans les cas de furoncle de la face, avec, en plus, les caractères propres du furoncle qui est constitué par une petite tumeur acuminée, saillante, bourbillonneuse, entourée d'une rougeur violacée, plus foncée que celle de l'érysipèle. Enfin, si ces deux lésions siègent sur des parties que l'érysipèle laisse indemnes, telles que le menton, par exemple, l'erreur sera facilement évitée.

c) Les *lésions eczémateuses*, qui se distingueront à leur période initiale par un érythème diffus, ne respectant pas le menton, plus intense, plus rouge que celui de l'érysipèle, sans limitation par un bourrelet, infiltrant moins le derme que la dermite érysipélateuse et présentant même, au début, à l'éclairage oblique ou mieux encore au toucher superficiel, un aspect nettement chagriné. L'érythème érysipélateux est, au contraire, luisant, poli, laissant en quelque sorte glisser sur lui les doigts qui l'explorent. A cette même période de début, il y a un signe sur lequel nous attirons particulièrement l'attention, c'est la sensation éprouvée par le malade : dans l'érysipèle le malade se plaint d'une tension de la peau, d'une chaleur âcre et mordicante ; dans l'eczéma c'est surtout une démangeaison intense et désagréable qui incommode le malade.

A une période plus avancée, l'eczéma sera caractérisé par l'apparition d'une multitude de vésicules, claires, citrines, de très petite taille, qu'il

---

— C'est vrai, dit la jeune fille, nous revenons tous les soirs ensemble, mais nous ne faisons pas de mal.

— Tu sors également avec lui les dimanches ; je te l'ai défendu.

— Mais, maman, je t'ai déjà dit que ce jeune homme est très convenable.

— D'accord : mais voilà deux ans que ça dure et on ne se suit pas deux ans sans s'aimer.

— C'est vrai, nous nous aimons : mais il ne m'a jamais manqué de respect.

— Quand on aime, ma fille, il peut arriver bien des choses.

— C'est possible, mais il n'est rien arrivé du tout. S'il m'avait manqué de respect, je l'aurais vite remis à sa place.

— Enfin, dit la bonne femme, je veux bien te croire.

Dieu fasse la grâce que tu dises la vérité.

La jeune personne se défendait avec énergie : elle se proclamait innocente. La mère n'était pas quand même rassurée. Quant à moi, je gardais mes convictions basées sur des preuves visibles, tangibles, irréfutables.

Il n'y avait qu'à attendre les événements.

Le 16 décembre au matin, la mère revient me trouver.

— Il est arrivé, Monsieur le Docteur, quelque chose de bien extraordinaire.

Hier soir, ma fille était en train de travailler à sa machine à coudre. Elle s'est sentie mouillée par un liquide chaud.

Elle croyait que c'était son sang qui était revenu. Elle s'est levée pour s'en assurer. Elle a été bien étonnée de voir que ce n'était que de l'eau. Elle s'est levée et a fait plusieurs fois le tour de la chambre. L'écoulement continue avec des douleurs de reins. Quand elle a vu ça, elle s'est mise au lit, et toute la nuit elle a perdu de l'eau. Elle n'a pas dormi un instant.

Ce matin, elle a voulu se lever. Elle a été prise d'éblouissements et de faiblesse. Elle a été obligée de se recoucher.

Nous sommes très inquiètes ; qu'est-ce que ça veut dire !

— Cela veut dire, Madame, que votre fille va avoir une fausse couche. A notre dernière entrevue, j'en ai assez dit pour vous faire comprendre que votre fille était enceinte et cela ne doit pas vous étonner.

— Ce qui m'étonne, Monsieur le Docteur, c'est qu'elle ait rendu de l'eau comme ça sans douleur de ventre. Il y a toujours des coliques dans les fausses couches ; j'en ai bien vu d'autres.

—Les coliques viendront, Madame, moins peut-être qu'à l'ordinaire, en raison de la nature de l'avortement, mais elles viendront quand même.

— Ah ! venez la voir, M. le Docteur ; vous me ferez plaisir, ça nous rassurera.

Je fais une visite dans la journée du 16. La jeune fille ne se plaint pas du ventre : elle a continuellement des douleurs de reins. Je lui propose de l'examiner : elle refuse disant qu'elle n'en voit pas la nécessité.

Je prescris une potion calmante et je me retire.

Le lendemain, 17 décembre, au matin, elle commence à sentir des coliques. Les douleurs de reins ont fait place à des contractions utérines franches. La jeune fille accuse la potion, dont elle vient de prendre une deuxième cuillerée seulement, de lui donner des douleurs de bas-ventre.

Je l'en dissuade et ordonne un lavement avec vingt gouttes de laudanum.

Je prends la mère à part. Je la préviens que la fausse couche ne sera ni longue, ni douloureuse. Je lui conseille de ne prévenir personne.

Dans ces avortements à type spécial, que j'ai dé-

ne faudra pas confondre avec les phlyctènes de l'érysipèle généralement d'une taille plus considérable, remplies d'un liquide louche ou purulent et en bien moins grand nombre.

Enfin, à la période terminale, l'eczéma sera caractérisé par une large desquamation abondante ou bien, dans les cas de dessiccation des vésicules, par des petites croûtelles jaunâtres dites croûtes mélicériques. Dans l'érysipèle, la desquamation est rare et, lorsqu'elle existe, elle n'atteint pas l'abondance de celle de l'eczéma, et les squames sont de dimensions bien plus petites.

Dans les cas d'eczéma médicamenteux, de dermite artificielle, il ne faudra pas oublier d'examiner la topographie de la lésion car, comme nous l'avons vu, quelquefois ces lésions dessinent la forme et les dimensions de la compresse imbibée de la solution irritante ; d'autres fois on peut constater des traînées continuant la lésion principale sur ses parties déclives et indiquer la voie qu'a suivie le liquide irritant en s'écoulant.

d) Le *zona ophtalmique et zona du maxillaire supérieur* qui sera caractérisé par le *début névralgique* de l'affection, par *l'unilatéralité* de la lésion, par la limitation de cette lésion à la région du nerf intéressé, par l'apparition de petites vésicules d'herpès sur l'érythème initial, par l'existence simultanée des lésions oculaires. Dans le cas de zona du maxillaire supérieur, il ne faudra pas oublier d'examiner la bouche où l'on pourrait constater sur la muqueuse correspondante à la lésion une ou plusieurs vésicules d'herpès. Il faudra se méfier de l'œdème collatéral qui peut envahir le côté opposé au zona et faire croire, faussement, à une bilatéralité des lésions.

c) La *péridacryocystite* qui, caractérisée par son début lacrymal, par de l'épiphora, de la douleur localisée à l'angle interne de l'œil, par une petite tumeur lacrymale. A la période d'état, on évitera de confondre l'œdème péri-inflammatoire des paupières et des joues qui accompagne la péridacryocystite, œdème indolore, non tremblotant et non limité, avec l'infiltration dure, douloureuse et limitée par un bourrelet du derme érysipilateux. On tiendra également compte de la forme en virgule de l'infiltration périlacrymale et, point essentiel, de la douleur vive localisée exclusivement à cette région. Il faut se rappeler, enfin qu'il existe des dacryocystites récidivant facilement et éviter de les prendre pour l'érysipèle a répétition.

f) La *folliculite nasale* qui sera reconnue grâce à la rougeur périfuronculeuse, à la tuméfaction énorme du nez sans limites bien nettes, à la douleur intense de toute la région enflammée. On basera encore le diagnostic sur l'écoulement nasal qui a marqué le début de l'affection, sur l'existence d'une inflammation ou d'une suppuration de la muqueuse nasale, sur la voix toute spéciale aux affections obstruantes du nez.

g) L'*herpès facial* facile à reconnaître grâce à ses vésicules caractéristiques siégeant sur une base érythémateuse non infiltrée, non limitée, non douloureuse à la pression. On ne confondra pas les petites vésicules de l'herpès avec les larges phlyctènes de l'érysipèle.

Enfin, si l'herpès n'est pas l'accident initial d'une pyréxie ultérieure, les phénomènes généraux sont nuls ordinairement ou bien très peu marqués.

---

signés sous le nom d'*avortements amniorrhagiques*, les phénomènes de la parturition sont discrets et peuvent assez facilement se dissimuler.

Le 18 décembre, à ma visite de la journée, la mère m'apprend que la fausse couche s'est faite la veille au soir sans que personne ne s'en doute. Les douleurs étaient intermittentes, mais très légères ; à 9 heures, la patiente a éprouvé un besoin d'aller. La fœtus a été expulsé en même temps que le délivre et une très petite quantité de sang.

Le père, qui était couché dans une pièce attenante, n'a rien entendu et ne s'est douté de rien.

Le fœtus avait 26 centimètres de longueur ; le placenta 12 centimètres de largeur. Tout était bien sorti, y compris les membranes et cela d'un bloc, comme dans un avortement des premiers mois.

Le 21 décembre, la jeune malade se lève une heure.

Le 22, elle reste quatre heures levée. Elle perd un peu en rouge, mais ne se plaint pas de coliques.

Le 30 décembre, elle se lève toute la journée et se sent complètement rétablie.

Vers la fin de janvier, les deux femmes me font une visite. Tout va bien. La nouvelle année se présente sous d'heureux auspices. On espère un épilogue prochain à l'événement de l'année précédente.

Dans la dernière quinzaine d'avril, un landau s'arrêtait devant ma porte. Deux jeunes mariés en descendaient. La jeune femme était vêtue d'une robe de cachemire blanc ornée d'une berthe de dentelle et couronnée de fleurs d'oranger. Elle était exquise avec ses formes divines et dans ses blancs atours.

La couronne de fleurs d'orangers surtout lui seyait à ravir.

— Monsieur le docteur, me dit le jeune marié, nous sommes venus vous présenter nos hommages.

— Nous n'avons pas voulu, ajouta la jeune femme, laisser passer ce beau jour sans venir vous remercier de toutes vos bontés.

En même temps, elle me remettait le présent traditionnel enrubanné de faveurs roses.

— Je remerciai, j'exprimai mes vœux de bonheur, et comme je ne fais partie d'aucune ligue antiosculatoire et que je ne pensais guère aux microbes, je cueillis un baiser sur les joues fraîches et roses de ma charmante visiteuse.

Je ne toucherai peut-être jamais d'autres honoraires : mais je suis persuadé, mes chers confrères, que vous auriez été heureux à ma place, et vous êtes d'avis, je crois, que, dans certains cas rares : honneurs, doublés de plaisir, valent honoraires.

Nous estimons, et avec juste raison, les clients qui veulent bien métalliser leur reconnaissance.

Ne dédaignons pas ceux qui savent l'idéaliser.

Les grossesses libres sont loin d'être rares. Les filles-mères courent les rues. Elles semblent vouloir lutter contre la dépopulation qui nous étreint. Bien qu'elles soient animées d'un sentiment tout autre que le patriotisme, la société doit être reconnaissante de leurs efforts, puisque les femmes mariées ne veulent plus avoir d'enfants, un tout au plus. Ces grossesses d'aventure sont d'ordinaire le fruit de caprices passagers. Les sexes s'attirent, s'unissent, se quittent, c'est fugitif; ça dure le temps d'un spasme ; c'est, comme l'a dit Chamfort, l'échange de deux fantaisies ; c'est le contact de deux épidermes ; c'est épithéliums qu'il faudrait dire.

— Le fait dont on vient de lire le récit, est tout autre chose, c'est un essai loyal, une expérience préparatoire, un prélude, un lever de rideau.

C'est, si l'on veut, une sérieuse opération inachevée ; c'est une épreuve avant la lettre.

Montluçon, 6 avril 1904. P. Coulhon,

ancien interne des hôpitaux de Paris.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le Pr agrégé MÉRY

La tuberculose pulmonaire au début. Diagnostic avec l'adénopathie trachéo-bronchique.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire a d'autant plus de chance d'être couronné de succès que le diagnostic est posé de meilleure heure, pendant le stade de germination si possible. Malheureusement, les symptômes de la tuberculose, à cette période, sont d'une appréciation souvent délicate. Ils demandent beaucoup d'attention et ils nécessitent une certaine éducation de l'oreille ; celle-ci doit, en effet, dépister des altérations parfois légères du murmure vésiculaire.

Les signes de l'invasion tuberculeuse des poumons ont été décrits, il y a une quinzaine d'années, par Grancher. Disons-le, de suite, ils portent presque exclusivement sur l'auscultation. A cette phase tout à fait initiale, la percussion, les vibrations thoraciques sont normales et l'amplitude des mouvements respiratoires est elle-même peu modifiée. Il convient cependant d'apporter sur ce dernier point une petite réserve. Si l'examen des mouvements respiratoires par la simple inspection ne donne rien, les lésions n'étant pas assez avancées, des procédés plus délicats, la radioscopie. le procédé de Ruault, sont quelquefois plus heureux.

Je n'ai pas de documents personnels concernant les résultats de l'épreuve radioscopique. Je vous signalerai seulement les constatations de M. Béclère, qui a vu le diaphragme s'abaisser moins franchement du côté suspect chez des jeunes soldats offrant à l'auscultation des signes de tuberculose à la période de germination. Je vous rappelle la technique du procédé de Ruault : le médecin se tient derrière le malade, place ses mains à cheval sur les deux sommets, entourant la base du cou à la façon d'un collier, les pouces en arrière, les autres doigts en avant, leurs pulpes appliquées contre la face antérieure du thorax, à la région sous-claviculaire. On perçoit ainsi le degré d'expansion de la poitrine et on peut distinguer s'il est plus accusé d'un côté que de l'autre. Quand vous étudiez un point suspect du poumon, n'oubliez pas d'apprécier l'amplitude des mouvements inspiratoires par la vue, par la main sur le thorax ou par la radioscopie.

Les renseignements les plus précis, néanmoins, seront fournis par l'auscultation, et Grancher, dans ses leçons sur le diagnostic précoce de la tuberculose, attire spécialement sur elle notre attention.

Le murmure vésiculaire se compose de deux parties : l'une, inspiratoire, prenant naissance dans les alvéoles pulmonaires, l'autre, expiratoire, se produisant en grande partie dans les bronches et la trachée. La tuberculose, maladie du parenchyme pulmonaire, détermine des altérations du murmure vésiculaire inspiratoire, et c'est l'inspiration qu'il faut, en pareille circonstance, écouter. Le murmure expiratoire, altéré dans les affections broncho-trachéales, comme l'adénopathie trachéo-bronchique, n'est pour ainsi dire pas touché par la germination tuberculeuse.

Auscultez donc l'inspiration et ayez soin de la comparer, à droite et à gauche, en des points symétriques. Qu'allez-vous trouver ?

Ne croyez pas entendre, ici, des bruits adventifs, des craquements ou des râles, symptômes d'une tuberculose pulmonaire arrivée déjà à sa première période ; nous sommes encore au stade pré-tuberculeux, germinatif, et vous noterez seulement des modifications portant sur les qualités du murmure vésiculaire inspiratoire, sa force, son timbre, sa tonalité.

L'intensité du bruit inspiratoire sera diminuée et le murmure affaibli. La douceur habituelle du timbre fera place à de la rudesse. Le troisième élément, la tonalité, pourra également être affecté : au lieu de donner sa note habituelle, le murmure vésiculaire inspiratoire se trouvera quelquefois abaissé d'un demi-ton et deviendra plus grave, plus bas, selon l'expression de Grancher.

Quatrième altération, qui ne rentre pas dans le cadre des précédentes : l'inspiration est saccadée, elle semble se faire par à-coups et subir des ressauts. Ce dernier phénomène morbide ne relève pas exclusivement de la bacillose ; d'autres lésions, la pleurésie sèche entre autres, le créent dans certains cas.

Pour résumer, disons que les signes stéthoscopiques portent sur l'*inspiration*, qui peut être modifiée dans sa force, son timbre, sa tonalité et son développement : elle est *affaiblie*, *rude*, *grave* et *saccadée*. Ces quatre éléments caractérisent la période de germination de la tuberculose.

Il est nécessaire, cependant, de pousser un peu plus loin les choses. Pour que ces signes aient une valeur réelle et sérieuse, il ne suffit pas de les rencontrer une fois, il est indispensable de les retrouver toujours au même endroit, de constater leur fixité. A ce point de vue, les conclusions de M. Grancher sont les suivantes : pour être réellement significatives, les altérations du murmure vésiculaire doivent être fixes, localisées aux sommets, à un seul sommet particulièrement ; entre toutes, la rudesse est la plus importante, mais il faut l'entendre au même endroit, à plusieurs reprises.

Il convient en outre de tenir compte des antécédents immédiats du sujet. Chez un enfant venant d'être atteint de bronchite, par exemple, il y a toujours à la suite de cette affection un peu de rudesse respiratoire durant un certain temps et celle-ci ne constitue plus un indice de tuberculose. Les troubles stéthoscopiques en question n'ont de valeur que s'ils offrent de la *fixité dans le lieu et dans le temps*, s'ils sont permanents comme durée. Leur constatation une fois par hasard n'a guère d'intérêt, car il n'est pas une maladie des voies respiratoires qui ne puisse laisser après elle quelque modification du murmure vésiculaire, de la rudesse, de l'affaiblissement, pendant un temps plus ou moins long.

En quels points chercherez-vous et trouverez-vous ces signes ? Aux sommets habituellement, sous la clavicule ou dans la fosse sus-épineuse. N'oubliez pas que, normalement, le murmure vésiculaire est plus fort sous la clavicule que dans la fosse sus-épineuse, celle-ci étant recouverte d'une couche osseuse et de parties molles plus épaisses. A droite, à la région sous-clavicu-

laire, le bruit inspiratoire et surtout expiratoire est toujours plus rude qu'à gauche, particularité due au développement plus grand de la bronche sous-jacente.

D'autre part, à côté des signes physiques, la période de germination tuberculeuse s'accompagne de symptômes fonctionnels : amaigrissement, pâleur, aspect chloro-anémique, adénopathies, etc. Un diagnostic ne saurait jamais être établi d'après un seul signe. Les phénomènes d'auscultation dont je viens de parler acquièrent un poids plus grand lorsqu'ils se montrent chez un sujet suspect de tuberculose par son état général.

A côté des symptômes constatés aux sommets, il en est d'autres se produisant au niveau des bases. Chez les pré-tuberculeux, il est commun de rencontrer à la partie inférieure du poumon des signes semblables à ceux de la partie supérieure. Je vous ai dit, dans des leçons précédentes, que l'adénopathie trachéo-bronchique, outre ses stigmates classiques, le souffle à la région interscapulaire et la respiration affaiblie, s'accompagnait fréquemment de foyers de congestion aiguë ou chronique, à la région des bases. Eh bien ! dans la tuberculose pulmonaire à la période germinative il se produit quelque chose d'analogue. Grancher constate le fait sans l'expliquer d'une façon nette. A l'extrême début de la tuberculose pulmonaire, dit-il, il est fréquent. il est presque constant de rencontrer à la base des poumons, en arrière, les signes observés aux sommets, l'affaiblissement et la rudesse du murmure vésiculaire. Grancher ne croit pas à une germination se faisant parallèlement à celle du sommet : il se borne à enregistrer la coïncidence dont il ne tente pas de fournir une interprétation pathogénique.

Ces mêmes signes de la base s'observent communément au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Ce ne sont pas, d'ailleurs, les seuls points communs aux deux maladies et je vais maintenant vous tracer un tableau comparatif des signes stéthoscopiques de l'une et de l'autre. Envisageons successivement l'inspection, la percussion, l'auscultation, etc.

Inspection :

Dans l'adénopathie et dans la tuberculose à la période de germination, on peut observer une diminution portant sur l'amplitude des mouvements respiratoires, sur la façon dont les côtes se dilatent.

Percussion :

Dans la tuberculose au début : aucune altération. Dans l'adénopathie trachéo-bronchique, la percussion donne un son normal au niveau des poumons et peut seulement être modifiée à la partie supérieure de la région rétro-sternale, et à la région inter-scapulaire là où se trouvent les ganglions. Rappelez-vous qu'ici la percussion doit être pratiquée légèrement, un choc fort ne fournissant aucun résultat.

Vibrations thoraciques : sans intérêt dans un cas comme dans l'autre.

Auscultation :

Dans la bacillose à sa phase tout à fait initiale l'inspiration est rude, grave, affaiblie, saccadée, ces troubles se présentant avec un caractère spécial de fixité et de permanence. La rudesse a moins de valeur et est d'appréciation plus difficile chez l'enfant que chez l'adulte. Chez l'enfant effectivement, la respiration est normalement assez intense (respiration puérile). Toutefois un élément permet de distinguer la respiration forte de l'enfant de la respiration rude, pathologique. La première est égale partout, elle est semblable aux endroits symétriques, aux deux régions sous-claviculaires, dans les deux aisselles, aux deux fosses sus-épineuses. La seconde, au contraire, est localisée.

L'adénopathie trachéo-bronchique altère le murmure vésiculaire expiratoire qui est soufflant à l'espace inter-scapulaire et quelquefois en avant. L'inspiration est troublée seulement s'il y a compression des bronches par les ganglions malades, d'où une diminution d'intensité du murmure inspiratoire.

Un caractère important à noter dans l'adénopathie trachéo-bronchique est le suivant : les signes anormaux vont en augmentant à mesure que l'on se rapproche des ganglions, de la région interscapulaire. Au contraire, dans la tuberculose, ils sont aussi marqués à la partie externe qu'à la région interne. Le maximum du bruit stéthoscopique a donc son intérêt, et s'il paraît se produire vers l'espace interscapulaire il signifie adénopathie trachéo-bronchique ; s'il y a égalité d'intensité partout, on penchera pour la bacillose du parenchyme.

Autre élément différentiel se rapportant au murmure vésiculaire : lorsque nous appliquons l'oreille contre la poitrine pour ausculter la respiration, nous obtenons deux sensations, l'une auditive, l'autre tactile, tenant au contact du pavillon et de la tête avec le thorax. Nous nous rendons compte par cette dernière sensation de la façon dont les alvéoles pulmonaires se remplissent et nous sentons réellement, dans certaines respirations affaiblies, qu'elles ne sont pas entièrement pénétrées par l'air. J'attache, pour ma part, une certaine importance aux phénomènes tactiles en question. Vous rencontrerez des respirations faibles dans lesquelles il semble que l'air entre encore assez bien, d'autres dans lesquelles il semble qu'il ne pénètre pas. Dans ce dernier cas vous avez toutes chances pour qu'il s'agisse de tuberculose à la période de germination. Je dirai même que c'est un signe de tuberculose sur le point de passer à un stade plus avancé, à la première période classique de la bacillose pulmonaire et sa constatation vous permet de prévoir l'éclosion prochaine de cette première période.

Autre nuance digne d'être notée : l'affaiblissement du murmure vésiculaire est plus généralisé dans l'adénopathie trachéo-bronchique ; les modifications, étant dues à la compression de la bronche, s'entendent sur tout le territoire de celle-ci.

Smith a signalé un signe, susceptible de manquer d'ailleurs, particulier à l'adénopathie. Il consiste à placer la tête en extension forcée : on perçoit au niveau de l'articulation du sternum et de la première côte un bruit de souffle analogue au bruit de diable.

L'examen radiologique donne-t-il des indications ? D'après Variot, la radiographie ne fournirait rien, car, étant donné sa longue durée, les rayons traversent les ganglions. La radioscopie, au contraire, donnerait une ombre au niveau de l'adénopathie. Nous avons essayé, dans le service, il y a quelque temps, la radioscopie et elle nous a

★

paru d'aucune utilité. Peut-être les derniers perfectionnements apportés à la technique procurent-ils de meilleurs résultats.

Vous voyez, en somme, que, si nous laissons de côté les phénomènes stéthoscopiques propres à l'adénopathie (le souffle interscapulaire), les deux affections ont bien des signes communs, la respiration affaiblie, les troubles morbides de la base en particulier. Si le souffle manque, le diagnostic est assez difficile.

D'ailleurs, au fond, la distinction n'a pas grande importance. La question à élucider est de savoir si le malade est ou non candidat à la tuberculose. Or, que celle-ci se localise sur le poumon d'abord ou sur les ganglions, les mêmes précautions, la même hygiène, le même traitement, doivent être mis en œuvre. Il n'y a guère qu'une différence plus ou moins notable de gravité.

J'ai insisté sur ce diagnostic différentiel pour vous faire connaître des détails stéthoscopiques qui vous seront d'un secours précieux dans la lutte anti-tuberculeuse. Cette étude, basée sur des nuances délicates d'auscultation, était nécessaire pour vous montrer comment on dépiste la tuberculose à son début.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ETRANGÈRE

L'eau oxygénée en dermatologie et en vénéréologie.

Si l'eau oxygénée n'était, jusqu'à ces dernières années, employée que d'une manière discrète à l'étranger, c'est que les chimistes, allemands et autrichiens, en particulier, n'obtenaient de ce corps que des préparations instables, impures, insuffisamment concentrées.

Depuis longtemps, les thérapeutes français avaient reconnu les avantages que possédait l'eau oxygénée sur les autres désinfectants ou désodorisants (toxicité nulle, action irritante sur les tissus presqu'insignifiante). Récemment, la maison Merck, de Darmstadt, a permis aux Allemands, grâce à la préparation d'une eau oxygénée pure, concentrée à 30 volumes, d'apprécier les propriétés remarquables de ce corps en chirurgie générale, en ophtalmologie, en otologie.

De plus, certains auteurs l'ont employé avec succès dans les dermatoses, la syphilis, les ulcérations vénériennes, etc.

C'est ainsi que dans le *favus*, Simonelli recouvre les placards, non épilés, de compresses imbibées d'eau oxygénée à 10 %.

Williams diminue la durée de la *desquamation scarlatineuse* avec un mélange d'eau oxygénée, de glycérine et d'acide chlorhydrique dans la proportion de 1 %.

Les attouchements quotidiens à l'eau oxygénée (10 %) amèneraient une guérison plus rapide des *ulcérations syphilitiques* de la bouche que le nitrate d'argent, l'acide chromique (Mankiewicz). En touchant deux ou trois fois par jour le chancre avec une solution à 30 volumes, on obtiendrait en trois jours une surface rouge et granuleuse.

Dans l'*herpès tonsurant*, Bjelussow recommande une solution à 2 pour cent.

Le docteur M. Oppenheim (*Wien. Med. Woch.*, n° 5, 1904) a voulu se rendre compte par lui même des effets que l'on pouvait attendre de l'eau oxygénée. Voici les résultats obtenus dans sa clinique.

Dans l'eczéma aigu, l'eau oxygénée, quel que soit son mode d'emploi (compresses avec solutions faibles, attouchements), non seulement se montre inefficace, mais encore elle amène une recrudescence des phénomènes morbides, il en est de même pour l'eczéma chronique.

Aucune amélioration dans le sycosis simple de la barbe. Dans le psoriasis vulvaire, elle provoque uniquement une chute rapide des squames, mais ne guérit pas l'affection. Aucun résultat dans le lupus érythémateux.

Par contre, l'auteur obtint un réel succès dans un cas de favus ; les compresses, imbibées d'une solution à 5 %, étaient changées toutes les deux heures, au niveau des croûtes jaunâtres. Au bout de 24 heures déjà, les croûtes et les cheveux malades étaient tombés, laissant une peau lisse, rouge et luisante, qui ne tarda pas à reprendre la teinte normale.

Aucun résultat pour les nœvi-pigmentaires et pileux, malgré l'action prolongée pendant deux heures d'une solution à 30 volumes. L'eau oxygénée concentrée produit facilement de la dermatite.

En vénéréologie, Oppenheim obtint de meilleurs résultats.

Pour 40 chancres mous, l'eau oxygénée fut employée, soit sous forme de compresses imbibées avec la solution de 1 à 3 % changées toutes les demi-heures, soit sous forme d'attouchements répétés 2 ou 3 fois par jour. Dans 50 % des cas l'ulcération était détergée en 3 ou 5 jours, puis la semaine suivante elle se cicatrisait sous une pommade au dermatol. Dans les autres cas, l'ulcération continua, malgré l'eau oxygénée, à progresser. Le chancre mou ne semble donc justiciable de ce traitement, douloureux d'ailleurs, que lorsqu'il est arrivé à l'état stationnaire ; ce médicament hâte l'involution.

Dans l'uréthrite antérieure ou postérieure, l'eau oxygénée produit une augmentation de l'écoulement, et une exacerbation des douleurs. Elle est utile dans la cystite, car rapidement elle fait disparaître l'odeur putride de l'urine.

L'eau oxygénée agit d'une manière particulièrement efficace dans les gommes cutanées exulcérées. Celles-ci se détergent rapidement grâce à un attouchement bi ou tri-quotidien avec la solution à 30 %, puis elles deviennent abondamment granuleuses. Dans les plaques muqueuses, elle ne semble pas supérieure aux autres moyens.

Les effets de l'eau oxygénée sont remarquables dans le véritable ulcère gangreneux des parties génitales. Après 12 ou 24 heures déjà, l'odeur fétide disparaît, et la plaie, complètement détergée de ses eschares, se recouvre de bourgeons vivaces ; trois fois par jour, on pratiquait un attouchement à la solution concentrée ; entre temps on appliquait des compresses (5 %) renouvelées toutes les deux heures.

Les gargarismes avec une solution au titre de 3 % ont été d'un effet merveilleux dans la stomatite ulcéreuse mercurielle ; on faisait en outre

un attouchement par jour à l'eau oxygénée concentrée. En 48 heures, la salivation et la mauvaise odeur avaient disparu ; les ulcérations étaient détergées.

Enfin ce corps est un excellent hémostatique dans les hémorrhagies parenchymateuses, telles qu'elles se produisent dans les petites opérations de la pratique dermatologique.

Bref, les résultats obtenus au moyen de l'eau oxygénée concentrée ou diluée sont excellents dans l'ulcère gangreneux, dans la gomme exulcérée, dans la stomatite mercurielle ulcéreuse. Dans les autres affections de la peau ou des muqueuses, elle ne se montre pas supérieure aux remèdes généralement employés.

De nouvelles recherches devraient être tentées pour les dermatomycoses (favus, herpès tonsurans, etc).

Les résultats du traitement opératoire de la tuberculose péritonéale.

Le travail de Thoenes est basé sur l'étude des statistiques, relevées dans la clinique de Braun (*D. Zeitsch. f. chirurg.*, Bd, 71).

L'auteur distingue dans la tuberculose péritonéale une forme ascitique, caractérisée surtout par la présence d'un exsudat liquide, et une forme adhésivo-plastique, pour laquelle on ne peut déceler aucun liquide, du moins avant l'opération.

La tuberculose du péritoine s'observe surtout chez les enfants et les adolescents ; elle affecte plutôt les femmes que les hommes, et peut-être faut-il attribuer dans ce fait un rôle aux organes génitaux internes de la femme. Toutefois, le pronostic semble plus favorable pour le sexe féminin.

Le caractère de l'affection est très variable ; on rencontre tous les degrés depuis les formes légères, qui guérissent sans remèdes, jusqu'aux formes graves, qui résistent à toutes les interventions du médecin. Le siège du foyer primitif possède certainement une influence pour déterminer la gravité de l'affection.

Quand le traitement interne est resté inefficace, il est absolument indiqué de recourir à la laparotomie. Même quand l'affection est déjà relativement ancienne, cette intervention est susceptible de produire une amélioration rapide ; et, s'il y avait un exsudat, de diminuer la longueur de la maladie. S'il y a tendance à l'aggravation (fièvre élevée, perte des forces), la laparotomie est souvent d'un heureux effet ; quand elle ne produit pas une guérison durable, elle diminue tout au moins les douleurs. Parfois, elle permet une thérapeutique causale en rendant possible l'extirpation du foyer primitif. Le pronostic de la laparotomie est meilleur dans les formes exsudatives que dans les formes plastiques ; il sera basé sur l'état des forces du malade, et sur les complications organiques. Pour éviter la formation de fistules stercorales, il faut autant que possible éviter de déchirer des adhérences anciennes. Une infection septique généralisée sera une contre-indication absolue pour la laparotomie.

Sur le traitement des déchirures du périnée.

Il est de règle, ainsi que le rappelait tout récemment le *Concours Médical*, de suturer au plus tôt une déchirure du périnée, qui s'est produite pendant l'accouchement. On assure de la sorte une cicatrisation correcte du périnée, dont la fonction restée intacte permet d'éviter ultérieurement la production de prolapsus divers.

Et cependant Lawson Tait (1866), Becker (1893) avaient posé quelques restrictions à cette pratique : on ne devait pas rapprocher aussitôt les plaies périnéales post partum s'il y avait œdème du périnée, si la température de la parturiente était élevée, si les lochies étaient mal odorantes, si enfin les parties étaient contuses, meurtries.

Dernièrement, Hegar lui-même a posé les mêmes restrictions pour le cas particulier, voulant que cette petite opération fût avant tout réalisée d'une manière absolument aseptique et antiseptique. Mais Bucara ne partage pas cette opinion, et c'est à l'aide de statistiques très intéressantes qu'il défend la règle généralement admise. (*Munch Med. Woch.* n° 1, 1904).

Il faut, dit Hegar, surseoir à la suture chaque fois que l'attrition de la plaie rend incertaine une réunion par première intention ; or il est démontré par la pratique journalière que souvent les plaies qui se trouvent dans ces conditions, se cicatrisent d'emblée, si on les a suturées. Il en est parfois de même pour des déchirures assez grandes.

Ces plaies suturées se cicatrisent par première intention dans 89 % des cas ; et la réunion primitive n'est obtenue que dans 40 % des cas, si elles ne sont pas traitées. Ce résultat plaide donc en faveur d'une intervention immédiate. De plus, les malades opérées restent 93,6 fois % complètement apyrétiques.

Encore faut-il observer que chez quelques patientes de Bucara la fièvre apparut sous l'influence d'une affection intercurrente. Chez les parturientes suturées, la périnéoplastie secondaire ne devint qu'exceptionnellement nécessaire, alors qu'elle dut être entreprise dans un plus grand nombre de cas à la suite de la méthode abstentionniste de Hegar.

Cette opération secondaire est d'autant plus regrettable pour la classe ouvrière qu'elle augmente la durée des suites de couches et par suite de l'incapacité de travail.

Quand la déchirure est complète, les résultats sont moins brillants ; la suture ne permet la cicatrisation par première intention que dans un tiers des cas seulement.

Il faut donc réunir aussitôt toute déchirure périnéale post partum, si elle ne suppure pas directement ; très souvent la cicatrisation s'obtient aussi par première intention malgré la présence de suffusions sanguines, d'œdème, de lochies mal odorantes, de fièvre.

Sur la valeur pronostique de l'accélération constante du pouls dans la tuberculose pulmonaire.

Si dans la tuberculose pulmonaire, écrit Sterling, le mal siège aux poumons, le danger, par contre, est au cœur. (*Münch. Med. Woch.*, 1904, n° 3.)

Jusqu'à présent, l'attention des praticiens avait été peu attirée sur les indications pronostiques que pouvait fournir l'accélération constante du pouls dans la tuberculose pulmonaire. On avait essayé, mais sans grands résultats, d'en faire un élément de diagnostic précoce. Sterling nous prouve aujourd'hui dans son travail que l'observation rigoureuse du nombre de pulsations peut devenir une base pronostique des plus précieuses.

Cet auteur a suivi plus de 500 tuberculeux pendant une période de 1 à 3 ans ; ces malades étaient atteints à divers degrés ; ils ne présentèrent durant toute l'observation aucun phénomène susceptible d'accélérer par lui-même le pouls : fièvre, hémoptysie, traumatisme, affection intercurrente, excitation cérébrale ou physique. Ce sont donc des conclusions dignes de toute l'attention que nous apporte le Dr Sterling.

Un nombre normal de pulsations est toujours d'un pronostic favorable au cours de la tuberculose pulmonaire.

L'accélération constante du pouls assombrit le pronostic, et cela en raison directe du nombre des pulsations.

La valeur pronostique est particulièrement frappante au premier stade de l'affection (légère atteinte d'un seul lobe pulmonaire au maximum). C'est ainsi qu'à cette période la mortalité se chiffre par 1 % pour un pouls normal, par 3,1 % pour un pouls rapide (jusqu'à 120), par 12,1 % pour un pouls très rapide (au-dessus de 120).

Cette accélération constante du pouls est indépendante de la nervosité et de l'excitation du malade (pareilles prédispositions n'amènent que des accélérations transitoires).

Elle n'est pas influencée par le sexe, mais son importance devient plus grande chez l'enfant et chez le vieillard, dont la calcification artérielle est plutôt un élément de pouls lent.

Le pouls constamment accéléré ne semble pas être l'indice d'une tendance à l'hémoptysie.

Chez certains malades il devient possible de diminuer cette accélération constante au moyen du repos, de compresses froides sur la région précordiale, des bromures et des médicaments cardiaques : le pronostic devient alors plus favorable.

Dans le cours de la tuberculose pulmonaire, un ralentissement marqué du pouls améliore le pronostic, s'il n'est produit ni par une affection des reins ou des vaisseaux, ni par une pleurésie.

Ce symptôme du pouls constamment accéléré semble démontrer une intoxication précoce ou marquée de l'organisme ; et c'est ainsi que Sterling explique la valeur de ce phénomène au point de vue du pronostic.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les manœuvres procédurières des Compagnies condamnées par les Juges de paix.

Pour mettre un terme aux honteux abus des Compagnies qui prennent le blessé par la famine, la loi du 9 avril 1898 avait décidé que les contestations au sujet de l'indemnité de demi-salaire, qui est un secours alimentaire, seraient jugées en dernier ressort par la procédure simple et rapide des Juges de paix.

Mais le cynisme et la rouerie des employés du contentieux des Compagnies d'assurances devaient encore tenir en échec la volonté du législateur. Certains agents des Compagnies avaient remarqué que, dans les grands centres, les suppléants des Juges de paix sont pris parmi les avoués et les avocats. Aussitôt, les Compagnies confièrent de préférence leurs procès en contestation de rentes devant les Tribunaux aux avoués et aux avocats suppléants des Juges de paix. Il arrive donc parfois ceci, c'est qu'un avocat, après avoir plaidé pour une Compagnie devant le Tribunal, est appelé le lendemain à être juge sur une contestation de demi-salaire entre un blessé et la Compagnie pour laquelle il a plaidé la veille. Il paraît même que, surtout en province, des greffiers de Justice de paix sont en même temps courtiers des Compagnies d'assurances. Nous prions nos confrères de bien vouloir faire une enquête à ce sujet et de nous adresser le résultat de leurs recherches.

Quelques Compagnies, pensant avoir énervé par cette tactique l'action de la justice, emploient le procédé suivant :

Lorqu'un blessé a l'audace de préférer au médecin de la Compagnie le médecin de sa famille, la Compagnie lui refuse le paiement de son indemnité de demi-salaire. Le blessé est obligé d'assigner son patron ; la Compagnie qui représente celui-ci laisse le Juge de paix rendre un jugement par défaut. Le blessé se présente le lendemain à la Compagnie pour toucher l'indemnité qui lui a été allouée par le Juge de paix. La Compagnie répond alors qu'elle ne paiera qu'après signification, c'est-à-dire dans trois semaines. Ces trois semaines expirées, la Compagnie fait opposition au jugement ; elle prétend à l'audience que le blessé est guéri et demande la nomination d'un expert. Il s'écoule en général deux semaines au minimum avant la déposition du rapport, soit déjà six semaines depuis l'assignation. Nouvelle audience du Juge de paix, nouvelle condamnation. Nouveau voyage du blessé à la Compagnie pour recevoir son indemnité, nouvelle déclaration de la Compagnie de ne payer qu'après signification du jugement, qui n'arrive ainsi que dix semaines au plus tôt après l'assignation. Ce sont des frais pour la Compagnie, c'est vrai ; mais les Compagnies sont riches : pendant ce temps le blessé est réduit à la mendicité et s'endette. Les Compagnies espèrent ainsi que les blessés terrifiés par cette résistance n'oseront plus désobéir à leurs ordres.

Il faut bien reconnaître que, soit par inadvertance soit par manque d'énergie, la plupart des Juges de paix ont encouragé les Compagnies dans cette révolte contre la loi, en refusant d'ordonner l'exécution provisoire nonobstant appel sur minute, et en motivant leur refus par des considérants qui étonnent. C'est ainsi que le 20 novembre 1902, il était rendu un jugement par le Tribunal de paix du IIIe arrondissement qui, après avoir établi qu'une Compagnie d'assurances faisant opposition à un jugement du 16 octobre, devait à B..., ouvrier blessé, la somme de 335 francs pour arriéré de 149 jours de demi-salaire,

repoussait l'exécution provisoire par le motif suivant :

« En ce qui concerne la demande d'exécution provisoire du jugement sur minute, demandée par B..,

« Attendu qu'il n'y a pas péril en la demeure et qu'il n'y a lieu de faire droit à sa demande sur ce point..... :

Ainsi, voilà un blessé qui est malade depuis 149 jours, qui n'a pas reçu un centime d'indemnité depuis cinq mois ; il n'a plus un sou pour vivre, il demande le paiement immédiat de ce qui lui est dû ; le juge lui répond : « Attendez trois semaines pour signifier le jugement, la Compagnie est solvable, *il n'y a pas péril en la demeure.* »

Nous prétendons, nous, qu'il y a grand péril : celui de voir le blessé mourir de faim en plein hiver ; peu lui importe la solvabilité de la Compagnie, s'il est mort avant de pouvoir toucher. Le juge n'avait cependant qu'un mot d'humanité à dire, pour arracher un malheureux à la misère !

Dernièrement encore, un avocat, Me C..., était venu défendre un blessé devant la Justice de paix du XVe contre une Compagnie qui, depuis deux mois, refuse à ce blessé de payer l'indemnité de demi-salaire et qui, pour prolonger le délai de paiement, demande la nomination d'un expert, bien que l'ouvrier soit muni d'un certificat de l'hôpital, attestant que le blessé, chaque matin, se fait panser dans cet établissement. L'avocat du blessé, en s'appuyant sur ce certificat pour démontrer qu'il n'y avait, dans la demande d'expertise, qu'une manœuvre de la Compagnie, demandait au moins qu'on accordât une provision au blessé pour attendre le dépôt du rapport. Il fut répondu à M. C..., par M. le juge suppléant, avocat à la Cour d'appel, que la Compagnie payait très bien et que le blessé attendrait le jugement.

Encore une fois, nous nous permettrons de faire remarquer qu'il importe peu au blessé que la Compagnie soit solvable, qu'il a surtout besoin de pain pour lui et sa famille.

Par contre, des Juges de paix clairvoyants ont éventé ces manœuvres scandaleuses de certaines Compagnies et, se rendant compte de l'état pitoyable des blessés, cherchent à mettre fin à cette situation en ordonnant l'exécution de leur jugement sur minute. Nous citerons notamment un jugement rendu le 16 janvier 1903 par M. Salomon, juge de paix de Vincennes.

Enfin, nous devons à l'obligeance de notre excellent confrère le Dr Dally, qui a fondé un Office du travail à Belleville, le très intéressant jugement que voici :

TRIBUNAL DE PAIX DU XIe ARRONDISSEMENT DE PARIS

Audience du 13 janvier 1904

Sicher contre Société d'Orfèvrerie de Paris et Génasi, représentés par la Compagnie d'assurances « La Zurich. »

Le Tribunal,

Attendu que suivant exploit sus-énoncé, Sicher, ouvrier, a fait citer devant nous, à notre audience du 6 même mois : 1° la Société d'Orfèvrerie de Paris en la personne de Péron, son Directeur ; 2° Génasi, pris au nom et comme liquidateur de la dite Société pour s'entendre condamner à payer au demandeur la somme de 720 francs, représentant trente-deux semaines de demi-salaire à raison de 22 fr. 50 par semaine, du 11 mai au 20 décembre dernier, à raison de l'accident dont Sicher a été victime le 6 mai dernier, pendant son travail au service de la dite Société ; pour s'entendre condamner aux dépens : pour s'entendre, en outre, condamner à payer la dite indemnité temporaire, à raison de 22 fr. 50 par semaine jusqu'au jour du paiement définitif de la décision à maintenir ; pour voir ordonner l'exécution provisoire du jugement nonobstant appel et sans caution ;

Attendu que l'accident ne peut être contesté, que Sicher n'est pas rétabli, qu'il a bien été blessé dans les ateliers de la Société pendant son travail ;

Attendu que Sicher n'a pas reçu le demi-salaire depuis l'époque de son accident ;

Attendu que Péron a demandé à être mis hors de cause comme il l'avait demandé sur la précédente citation.

Attendu qu'à l'appui de sa demande, il n'apporte aucune justification permettant de l'accueillir ;

Attendu que c'est Péron qui a fait la déclaration de l'accident ;

Attendu que Péron a été désigné à notre enquête du travail du 23 mai dernier, tantôt comme liquidateur, tantôt comme administrateur de la dite Société ;

Attendu que Génasi nous fait savoir : « Je suis cité à comparaître devant vous au sujet d'un accident survenu à Sicher le 6 mai dernier ; le 3 juin dernier, j'ai reçu pareille citation que je me suis empressé de transmettre à la Compagnie d'assurances « La Zurich » avec mon pouvoir et les pièces qui m'ont été demandées par cette Compagnie d'assurances pour représenter la Société comme liquidateur, je ne puis que transmettre à La « Zurich » la nouvelle citation qui m'est délivrée ;

« Attendu que Génasi intervient à la présente audience et dépose des conclusions d'incompétence ;

« Attendu que ces conclusions sont irrecevables, « Sicher ayant été grièvement blessé au service de « la Société d'Orfèvrerie et n'étant pas encore réta- « bli » ;

Attendu que la déclaration ci-dessus transcrite, si elle établit l'entière bonne foi de Génasi, éclaire nettement le Tribunal :

Attendu, en effet, que Sicher a été gravement atteint ;

« Attendu que le but évident, mais inavouable, in- « humain, monstrueux, cynique et absolument révol- « tant du défendeur, ou plutôt de la Compagnie d'as- « surances, est de traîner la cause en longueur, « laissant Sicher sans ressources, et d'arriver à son « décès avant qu'une décision de justice soit inter- « venue ;

« Attendu que la simple lecture du procès-verbal « d'enquête motive ces considérants sévères ;

« Attendu que la demande est fondée ; »

Attendu qu'il échet de réserver les droits de Sicher, son salaire étant non pas de 45 francs par semaine, mais de 90 francs pour douze jours de travail, soit 7 fr. 50 par jour ;

« Attendu encore que ni Génasi, ni Péron, dû- « ment convoqués, n'ont assisté à l'enquête du 23 « mai ;

« Attendu qu'il y a lieu et urgence d'ordonner « l'exécution provisoire, nonobstant appel, sur mi- « nute et avant enregistrement ; »

Pour ces motifs :

Jugeant contradictoirement et en premier ressort, Déboutons Génasi de ses conclusions d'incompétence, nous déclarons compétent ;

« Condamnons Péron et Génasi ès qualités à « payer à Sicher la somme de 720 francs pour les « causes sus-énoncées, aux intérêts de droit et aux « dépens ;

« Ordonnons l'exécution provisoire nonobstant « appel sous caution, sur minute et avant enregis- « trement du présent jugement ;

« Commettons Valois, huissier à Paris, à l'effet « d'exécuter le dit jugement et de rétablir après « exécution la minute au greffe. »

Ainsi fait et jugé par M. Paul Rémy, Juge de paix du XIe arrondissement. Paris.

M. le Juge de paix du XIe a stigmatisé comme ils le méritent ces procédés d'une Compagnie d'assurances étrangère. Il a déjoué leur but inavoué en ordonnant l'exécution provisoire de son jugement ; il a accompli une œuvre de justice et d'impartialité dont on ne saurait trop le louer. Mais cela est encore insuffisant ; certaines Compagnies d'assurances boivent aisément la honte, elles sont habituées aux blâmes que souvent les magistrats leur infligent ; elles s'en moquent. Elles n'ont qu'un côté sensible : le « coffre-fort ». C'est là où il faut frapper, en imitant le Juge de paix de Villejuif qui, le 26 septembre 1899, rendait le jugement suivant basé sur la loi du 9 avril 1898 et sur l'article 1382 :

Attendu que Q..., après des démarches successives en vue d'obtenir des versements partiels égaux à la moitié de son salaire, soit 3 fr. 85 par jour, s'est vu répondre par une fin de non-recevoir de la part de M... et D... ; de ce refus, il ressort, pour la situation de Q..., un préjudice dont il y a lieu de tenir compte et dont le Tribunal a les éléments d'appréciation ;

Attendu qu'aux termes de ses conclusions, Q... réclame une somme de 60 francs de dommage, intérêts pour indemnité des frais et démarches occasionnés par l'instance ;

Par ces motifs,

Condamne M... et D... à payer à Q... la somme de 250 fr. 10 pour indemnité de salaire, à raison de soixante-six jours d'incapacité de travail ;

Les condamne, en outre, à payer à Q.., une somme de 60 francs de dommages-intérêts, pour indemnité des frais et démarches occasionnés par leur résistance à ses réclamations répétées, et les condamne aux dépens.

Que Messieurs les Juges de paix soient bien convaincus que c'est là le seul moyen efficace pour mettre un terme aux procédés scandaleux de la plupart des Compagnies et pour répondre au désir du législateur qui, pour mieux armer encore la justice, a fait la loi du 7 avril 1900 modifiant l'article 1153 du Code civil. Cette loi est ainsi conçue :

ARTICLE 1153 DU CODE CIVIL

§ 4. — Le créancier auquel son débiteur en retard a causé par sa mauvaise foi un préjudice indépendant de ce retard peut obtenir des dommages-intérêts distincts des intérêts moratoires.

Que Messieurs les Juges de paix s'en servent.

D^r Ch. DIVERNERESSE.

Règlement russe de 1902 relatif aux annonces soumises à la censure médicale.

Article premier. — Les annonces de tout genre sont soumises à la censure du service de santé de l'Empire, c'est-à-dire du Conseil de médecine au ministère de l'intérieur et des Directions locales les comprenant : celle de Saint-Pétersbourg, de Moscou, d'Odessa et de l'Amour. les sections provinciales et régionales et la délégation médicale de Varsovie, si ces annonces ont trait :

1° Aux produits pharmaceutiques proprement dits, simples ou composés ;

2° Aux produits cosmétiques et autres d'un emploi usuel, n'ayant pas le caractère de produits pharmaceutiques ;

3° A l'exercice de la médecine dans toutes ses branches par des personnes des deux sexes appartenant à la profession médicale telles que médecins, chirurgiens-dentistes, dentistes, aides-chirurgiens, vaccinateurs, massagistes, sages-femmes ;

4° A l'activité professionnelle des pharmaciens, ainsi que des personnes et maisons de commerce s'occupant de la fabrication et de la vente de produits pharmaceutiques ;

5° Au commerce de ces produits dans les limites de l'Empire (§§ 1 et 2) ;

6° Aux stations thermales et ville d'eaux russes et étrangères.

Art. 2. — Sont soumises à la censure du Comité de médecine les annonces ayant trait : *a*) aux produits pharmaceutiques simples et composés dont l'importation, la fabrication et la vente dans l'Empire sont autorisées par le Conseil de médecine ; *b*) aux inventions dans le domaine des instruments, appareils et mécanismes destinés spécialement au traitement des malades.

Toutes les autres annonces énumérées à l'article 1er sont soumises à la censure du service médical local.

Art. 3. — Il dépend du Conseil de médecine d'autoriser l'impression des annonces mentionnées aux §§ *a* et *b* de l'article 2 telles qu'elles sont présentées, ou bien d'en modifier la rédaction.

Art. 4. — C'est au Conseil de médecine qu'appartient le contrôle de la censure des annonces de toute espèce ayant trait au service de santé, à la police médicale, au service médico-légal (à l'exception des annonces ayant trait aux publications périodiques médicales, etc , soumises à la censure ordinaire). Ce Conseil est également chargé de trancher toutes les questions relatives à la censure des annonces sus-mentionnées.

Art. 5. — En accordant le permis d'impression pour les annonces, les institutions médicales locales doivent observer les points suivants :

1° Les annonces ne sont soumises à aucune restriction quant à la forme, l'apparence extérieure et le mode de reproduction (brochures, prix-courants, feuilles détachées, affiches, etc., impression, reproduction hectographique, timbres gravés. etc.), pourvu que les conditions et exigences énoncées dans le présent règlement soient remplies ;

2° Le choix du nom donné au produit énoncé appartient à l'inventeur ou au débitant, à condition que ce nom n'ait rien de commun avec les termes servant à désigner des maladies (comme par exemple : eczématine, rhumatisine, rhumatismine, etc.).

3° Pour le texte même des annonces, les points suivants doivent être observés : *a*) les annonces relatives à une branche quelconque de la profession médicale exercée par des personnes compétentes ainsi qu'à d'autres professions soumises au contrôle du service médical (massage, orthopédie, vaccination) ne doivent pas contenir de termes élogieux, sous quelque forme que ce soit ; *b*) les annonces relatives aux produits pharmaceutiques autorisés conformément à l'art. 32 du règlement médical, (Svod des Lois, t. XIII, édit. 1892), ne doivent contenir aucune mention des propriétés curatives de ces produits, ni de l'autorisation accordée pour leur vente.

4° Les inventeurs et débitants de produits pharmaceutiques autorisés par l'art. 32 du règlement

médical, édit. 1892, ainsi que les personnes et maisons de commerce s'occupant de la vente et de la fabrication légale de drogues et de produits pharmaceutiques de tout genre, simples et composés, peuvent introduire dans leurs annonces et prix-courants tout ce qu'elles jugeront nécessaire, à condition d'observer les lois relatives à la presse ainsi que le présent règlement.

Art. 6. — Le service médical local doit veiller à ce qu'il ne soit pas publié dans la presse locale et en général dans le rayon de son ressort, d'annonces présentant des infractions aux lois existantes et au présent règlement. En cas d'infraction au présent règlement et aux autres lois relatives aux annonces soumises à la censure médicale, le service médical compétent agira conformément à l'article 838 de la loi relative aux services publics (Svod des Lois, t. I., deuxième partie, édit. 1892).

C'est dans le Bulletin de la *Fédération normande des Sociétés de pharmacie* que nous venons de prendre ce document.

Serait-il excessif de demander qu'en France où nous nous sommes offert une loi sur la santé publique, on prît des mesures analogues à celles que contient le règlement ci-dessus ?

Puisque cela se fait en Russie, voyons, Messieurs nos gouvernants, cela mérite attention.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité en matière d'honoraires

Tribunal de paix du Canton de Moy (Aisne)

Audience du 17 novembre 1903

Théodore-Léon Godart, juge de paix,
Dr B... contre B...

Attendu qu'il résulte des débats, des explications fournies à l'audience et de l'enquête, que le Dr B. a été appelé les vingt, vingt et un et vingt-trois septembre mil neuf cent un, chez le défendeur B. pour donner des soins à une jeune femme en couches;

Attendu qu'il est établi que B. vivait maritalement avec cette jeune femme et qu'il subvenait à son entretien et à ses besoins, comme si elle eût été sa femme légitime ;

Attendu que cette jeune femme étant devenue enceinte, B. manda une sage-femme de Saint-Quentin pour faire l'accouchement, mais que des complications très graves s'étant produites, l'intervention d'un docteur en médecine fut reconnue indispensable ; que c'est alors que le docteur B. fut mandé ;

Attendu que le demandeur n'a pas pu prouver comment il fut appelé la première et la seconde fois chez B.; que c'est seulement au cours de la déposition dont il sera ci-après parlé, du témoin B. qu'il apprit le nom de la personne qui avait été le chercher et que, pour cette raison, il sollicite une prorogation d'enquête pour faire entendre cette personne ;

Attendu que la troisième visite se prolongea durant toute la nuit qui précéda la mort de la malade, qu'elle entre pour la plus grande part dans le chiffre des honoraires réclamés ;

Qu'il est établi par la déposition du témoin B., ancien garde-champêtre de la commune d'I., que, le vingt-trois septembre mil neuf cent un au soir, le défendeur B., qui était et est encore maire de ladite commune, vint le trouver chez lui, et le pria de lui rendre le service d'aller de suite à Saint-Quentin, chercher un docteur pour donner à la malade en question des soins dont l'urgence s'affirmait à ce moment ;

Attendu que B... n'a pas cité au garde le nom du docteur B. mais qu'il ne lui a pas donné non plus celui d'un autre médecin; que cette circonstance démontre que le médecin que l'on mandait était bien le même qui avait déjà donné des soins ; que pendant que B., préparait la voiture qu'il voulait donner au garde, pour faire son voyage, la mère de la malade sortit de la maison B. et, s'adressant au témoin resté dans la cour, lui dit : « Connaissez-vous le docteur B.» ; que celui-ci répondit négativement, et qu'elle lui donna les indications nécessaires;

Attendu que, sur ces entrefaites, B., ayant amené la voiture qu'il venait d'atteler, ne donna aucune autre instruction à son garde ;

Qu'il est donc de toute évidence que le nom du médecin n'était soumis à aucune discussion, et qu'en donnant à B. le nom et l'adresse du docteur B.. la mère de la malade ne faisait que préciser la mission dont B. venait de charger son garde, et à qui il préparait à ce moment les moyens de l'exécuter ;

Attendu que les deux premiers témoins de la contre-enquête n'ont rien déposé qui puisse éclairer le débat.

Qu'en admettant avec eux que le docteur M. ait été le médecin habituel de B., il est certain qu'il n'est pas venu dans la circonstance pour laquelle le docteur B., a été mandé.

Attendu que l'attitude embarrassée, les hésitations et les réticences du troisième témoin de l'enquête, la femme W. ne permettent d'avoir aucune confiance dans sa déposition ;

Que cette femme déclare que B., étant dans sa maison, a donné l'ordre à son garde qui y était aussi, d'aller chercher M. M. ;

Mais que les débats et la déposition du garde ont nettement fait la preuve qu'il n'était pas entré le vingt-trois septembre, avant son départ, dans la maison de B., et que ce dernier lui-même n'y est pas entré non plus ;

Que l'indication du docteur M. n'a donc pu être formulée aux oreilles de la femme qui, elle, n'est pas sortie de la maison.

Qu'elle n'a donc pu entendre ce qu'elle a déposé ;

Attendu que, si les faits ci-dessus, complètement acquis aux débats, ne mettaient pas hors de doute que B. prenait à sa charge personnelle les frais de maladie de sa compagne, le fait qu'il avance, d'avoir fait mander le docteur M., démontrerait qu'il entendait assurer des soins à la malade et les prendre à son compte, et qu'il ne pouvait, d'ailleurs, laisser à la charge des parents de la jeune femme, les frais d'une maladie aux causes de laquelle ils étaient restés étrangers ;

Que l'objection présentée au nom de B., que c'est comme maire qu'il appelait un médecin près d'une malade indigente, ne soutient pas l'examen ;

Attendu que, dans ces conditions, il n'y a lieu de faire droit à la demande de prorogation d'enquête formulée par le docteur B., la preuve du bien fondé de sa demande principale étant faite.

Par ces motifs,
Nous, Juge de Paix,
Statuant en premier ressort,

Condamnons B... à payer sans délai au docteur B.... la somme de deux cents francs pour les honoraires dus à ce dernier, à raison des soins donnés dans les circonstances rappelées ci-dessus ;

Le condamnons de plus en l'intérêt de droit et en tous les dépens, liquidés à trente-sept francs cinquante centimes, en ce non compris le coût de l'enregistrement, du timbre et de l'expédition du présent jugement.

Le correspondant qui nous donne ce jugement obtenu après trois audiences laborieuses nous permet ainsi de rappeler aux médecins quelles précautions ils devraient toujours prendre, en répondant aux appels pressés, pour éviter de

voir ainsi discuter ensuite sur la rémunération de leurs services.

Le « Sou médical » nous a appris que la mauvaise foi des clients ne connaît pas de limites : nous avons donc le droit et le devoir de prendre toutes mesures de garanties devant des inconnus.

CORRESPONDANCE

5 avril 1904.

Mon cher Confrère,

J'ai hâte de vous envoyer une note — très importante à mon avis — de l'adjoint au maire de Bordeaux, délégué aux travaux publics, qui va faire allonger le nez aux Cies d'assurances et aux médecins — officiels — d'ycelles.

Cette note de la *Petite Gironde* — journal semi-officiel — a été reproduite par tous les autres journaux de la *Presse locale de Bordeaux*.

Ne serait-il pas bon qu'elle soit reproduite aussi par toute la Presse médicale et par tous les journaux le plus lus en France par l'ouvrier ?

Je vous livre la pièce : à vous d'en faire le meilleur usage pour l'intérêt professionnel,

Bien à vous,

Dr F. L.

CONSEILS AUX OUVRIERS VICTIMES D'ACCIDENTS.

Sous ce titre, M. l'adjoint aux travaux publics nous communique la note suivante :

« Il est rappelé aux ouvriers victimes d'accidents du travail, qu'aux termes de la loi du 9 avril 1898, ils ont le droit absolu de choisir leur médecin, sans s'en rapporter à ceux des patrons ou des Compagnies d'assurances.

« Ils ne doivent écouter ni rebouteurs ni infirmiers, ni se faire masser sans une ordonnance de leur médecin.

« En aucun cas, ils ne doivent accepter des soins des personnes non diplômées, irresponsables, et notamment d'infirmiers pratiquant illégalement des opérations délicates, comme cela se passe dans certains dispensaires gratuits. »

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

A l'exemple d'une trentaine d'autres syndicats qui se montrent les plus actifs, celui de Rambouillet se donne des statuts nouveaux et sérieux.

Nous les publions à cause du soin particulier qu'ils ont mis dans l'organisation de l'arbitrage permanent sans lequel la cohésion et la solidarité tomberaient à la merci de tous les incidents personnels.

Syndicat des médecins de l'Arrondissement de Rambouillet

PROJET DE NOUVEAUX STATUTS

§ 1er.

Organisation du Syndicat.

ARTICLE 1er. — Le Syndicat des médecins de l'Arrondissement de Rambouillet, qui a son **siège social** AU DOMICILE DU SECRÉTAIRE — actuellement à.............. chez le Dr................ — est établi, sous le bénéfice de la loi de 1884 sur les Syndicats, en vertu de l'article 13 de la loi de 1892 sur l'exercice de la Médecine.

ART. — 2. *a*) Les présents statuts, aussitôt leur adoption, seront déposés en quadruple expédition à la mairie de........, pour être transmis à qui de droit, avec la liste des membres du Bureau.

b) Toute **modification ultérieure** des dits statuts, tout **changement** dans LA COMPOSITION DU BUREAU ou dans LA SITUATION DU SIÈGE SOCIAL, seront portés dans les mêmes formes, à la connaissance des autorités compétentes.

ART. 3. — Le Syndicat se compose de tous les médecins exerçant dans l'arrondissement, qui ont apporté, ou apporteront par la suite, leur **adhésion** aux présents statuts et qui, expressément, déclareront *se déposséder*, au profit de la collectivité syndicale, *du droit de juger eux-mêmes de leurs différends interconfraternels*.

ART. 4. — Les **adhésions** futures devront : 1° être adressées par écrit au Président du Bureau, sous le couvert de deux parrains (art. 10) ; 2° comporter l'engagement prévu à l'art. 3 ci-dessus ; 3° être soumises AU BALLOTTAGE lors de la plus prochaine assemblée générale (mai ou novembre) après avoir figuré à l'ordre du jour (circulaire) prévu à l'art. 17.

ART. 5. A la suite de ce ballottage **les adhésions** ratifiées sont constatées par la signature de l'impétrant sur le REGISTRE DE LA SOCIÉTÉ à la suite des présents statuts continués par la formule : *Je m'engage à me conformer aux présents statuts dans leur lettre et, quant aux cas douteux ou non prévus, à me conformer aux décisions arbitrales à intervenir conformément aux articles* 19, 20, 21, 22, 23, 24 et 25 ; *je m'engage notamment à ne donner ma démission qu'après après avoir comparu en personne, comme demandeur ou comme défendeur, devant l'une des commissions arbitrales ; j'ai pris exacte connaissance des statuts et notamment des dispositions de l'art.* 27 *qui fait que ma démission ne me libèrera vis-à-vis des tiers* (art. 7) *que deux années pleines après la date de cette démission.*

§ II.

But du Syndicat.

ART. 6. — Le Syndicat a pour but d'établir des rapports permanents entre les médecins de l'arrondissement, de leur apprendre à se connaître afin qu'ils puissent se protéger réciproquement et défendre en commun leurs intérêts moraux et matériels.

Les engagements, prévus aux articles 3 et 5 ci-avant, ont précisément pour but de faciliter l'apaisement des conflits qui peuvent survenir entre confrères — et de permettre une défense efficace des intérêts moraux et matériels de la corporation.

ART. 7. — Les médecins, membres du Syndicat, s'engagent à n'accepter, isolément, aucun traité avec une COLLECTIVITÉ quelconque, ou avec un particulier — quand ce particulier assumera la charge des soins à donner à des tiers. — *De tels traités ne peuvent être examinés, discutés et signés que par le Bureau du Syndicat* après interpellation des confrères intéressés — sauf l'exception (Communes, Départements, Etat) inscrite à l'art. 13 de la loi du 30 novembre 1892.

ART. 8. — Vis-à-vis des particuliers le Code

déontologique se réduit aux dispositions ci-après :

Quand un médecin syndiqué se trouvera appelé auprès d'un malade au détriment d'un confrère syndiqué :

a.) Le nouvel appelé évitera soigneusement toute attitude, tout discours, etc., de nature à faire douter de l'honorabilité ou de la science du confrère dépossédé ;

b.) Le nouvel appelé informera directement, *par lettre mise à la poste*, le confrère dépossédé ;

c.) Il est entendu que le Confrère le plus éloigné prendra le prix le plus élevé (art. 9, 1°)

ART. 9.— 1°) Afin de faciliter l'entente générale, le Syndicat s'efforcera, pour chaque groupe médical, d'élaborer un *tarif kilométrique minimum*. Le Syndicat recherchera aussi l'uniformité dans la manière de procéder au recouvrement des honoraires.

2°) Le Syndicat se tiendra à la disposition de l'Administration pour lui fournir, en tant que besoin sera, tous renseignements sur les faits qui touchent à l'intérêt professionnel.

ART. 10. — *a.*) Le Syndicat entretiendra des rapports suivis, autant que la loi le permettra, avec les confrères voisins, particulièrement avec les SYNDICATS MÉDICAUX DE VERSAILLES ville, Versailles arrondissement, CORBEIL, ETAMPES, MANTES et CHARTRES.

b.) Autant que faire se pourra, il entretiendra les mêmes rapports avec les Sociétés médicales de défense et d'assistance existantes ou à créer : nommément avec **l'Association générale des médecins de France** et **la Société locale de Seine-et-Oise, le Concours médical, la Caisse des retraites du corps médical, l'Association amicale pour l'indemnité maladie, le Sou médical, l'Union des syndicats.**

c.) C'est, à défaut de relations personnelles avec des membres du Syndicat de l'arrondissement de Rambouillet, parmi les membres des Syndicats ou Sociétés cités ci-dessus que les nouveaux adhérents au Syndicat devront trouver les deux parrains prévus à l'article.

d.) C'est, à défaut de membres du Syndicat de Rambouillet, parmi les membres des Bureaux de ces Syndicats (a.) ou Sociétés (b.) que seront pris les arbitres prévus à l'article 21 ci-après.

§ III.

Administration

ART. 11.— Le Syndicat est administré par un **Bureau**, composé d'un PRÉSIDENT, d'un VICE-PRÉSIDENT, d'un TRÉSORIER et d'un SECRÉTAIRE, nommés par élection. Ils doivent, conformément à la loi, être français et jouir de leurs droits civils.

ART. 12. — L'**Election** des membres du Bureau aura lieu en ASSEMBLÉE GÉNÉRALE, au scrutin secret ; à la majorité absolue des votants au premier tour, à la majorité relative ensuite.

Le vote par correspondance, sous double pli cacheté, est autorisé pour le premier tour de scrutin.

ART. 13. — *a.*) Le Bureau est élu pour trois ans à partir de novembre 1899 et sera soumis normalement à réélection en 1902, 1905, etc. Le bulletin convoquant l'Assemblée générale de ces années-là, fera mention de cette réélection ;

b.) Les membres sortants sont tous rééligibles, sauf le Président.

c.) S'il y a lieu de pourvoir au remplacement de l'un des membres du Bureau dans l'intervalle des trois années, l'élection complémentaire aura lieu à la plus prochaine Assemblée générale. Mais le membre ainsi élu verra ses pouvoirs prendre fin en même temps que les pouvoirs de ses collègues.

ART. 14. — La DÉLÉGATION auprès de la JUSTICE appartient de droit au PRÉSIDENT, qui peut cependant, *sous sa responsabilité*, se faire remplacer par un membre du Syndicat.

ART. 15. — *a*). Il y aura, chaque année, **deux assemblées générales** régulières, qui sont fixées au DEUXIÈME MERCREDI DE NOVEMBRE et au DEUXIÈME MERCREDI DE MAI.

b.) L'assemblée de novembre est OBLIGATOIRE de fondation. Ce caractère OBLIGATOIRE s'étendra de plein droit aux **assemblées extra ordinaires** ordonnées par l'une des Assemblées générales ordinaires ou convoquées sur la demande du tiers des membres actifs.

c.) Les **absences** aux assemblées obligatoires ne sont EXCUSÉES que par LA MALADIE DE L'ABSENT. Dans tous les autres cas, le membre absent devra une **amende** fixée à SIX FRANCS.

ART. 16. — Les assemblées extraordinaires pourront être :

a.) Ordonnées par l'Assemblée générale ordinaire ;

b.) Convoquées par demande d'un tiers des membres actifs ;

c.) Convoquées par le Bureau ;

d.) Enfin, en cas d'urgence, convoquées par le Président seul.

ART. 17. — La date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour de TOUTES les assemblées seront portés à la connaissance des membres du Syndicat par une circulaire *ad hoc*, adressée huit jours au moins à l'avance.

Jusqu'à nouvel ordre, les assemblées se tiendront à Paris, à proximité des gares qui desservent l'arrondissement de Rambouillet.

ART. 18. — Les décisions prises par l'Assemblée de novembre font loi pour le Syndicat, quel qu'ait été d'ailleurs le nombre des membres présents à cette assemblée. Il faut cependant que les questions ainsi résolues aient figuré à l'ordre du jour distribué avec le rapport de convocation prévu à l'art. 17.

IV

Arbitrages.

ART. 19. — Normalement, LE BUREAU du Syndicat remplira les fonctions de **chambre syndicale d'arbitrage**, conformément aux articles 1003 à 1028 du code de procédure civile. Avant de se réunir, la Chambre syndicale pourra déléguer les fonctions d'INSTRUCTEUR RAPPORTEUR à tel ou tel de ses membres.

ART. 20. — Faute d'autres désignations (Art. 21 ci-après) c'est à la CHAMBRE SYNDICALE ainsi constituée que seront soumis tous les dissentiments survenus entre les membres du Syndicat, ainsi que tous les faits et toutes les contestations relatifs aux présents statuts : notamment en ce qui est prévu aux art. 3, 5, 6. 7, et 8.

ART. 21. — Toutefois, en tout temps, soit pour l'interprétation des présents statuts, soit pour régler la conduite à tenir dans les cas non prévus, soit pour juger tout litige intervenant entre les membres du Syndicat, il sera constitué, même sur la demande d'un seul des intéressés, une **Chambre arbitrale** ainsi déterminée :

Chacun des Confrères intéressés désignera un **Arbitre** pris soit dans le Syndicat de Rambouillet, soit parmi les personnes qualifiées par l'art. 10 d.). Ensemble les ARBITRES désignés s'adjoindront un TIERS ARBITRE s'ils le jugent utile, se constitueront et agiront aux lieu et place de la Chambre syndicale.

ART. 22. — Les **décisions** prises par la CHAMBRE ARBITRALE prévue à l'art. 21, comme les **décisions** prises par la CHAMBRE SYNDICALE conformément aux art. 20 et 21, font loi pour les parties. En cas d'appel à l'Assemblée générale, ces décisions font loi jusqu'à la décision de cette Assemblée.

ART. 23. — On ne peut **appeler** des DÉCISIONS de l'une ou l'autre CHAMBRE D'ARBITRAGE qu'à l'Assemblée générale en réunion ordinaire de mai ou de novembre.

ART. 24. — Par leur adhésion aux présents statuts, les membres du Syndicat s'engagent à accepter les DÉCISIONS PROVISOIRES prévues à l'art. 22 aussi bien que les DÉCISIONS DÉFINITIVES de l'assemblée et à ne se point dérober, même par démission, aux effets de ces décisions.

ART. 25 — *a)* Les CHAMBRES ARBITRALES, en cas de manquement aux statuts, infligeront des **amendes** variant de dix à vingt francs.

b) Toutefois, dans le cas de manquement à l'art. 8, l'amende sera seulement de cinq francs.

c) Par contre, dans le cas de violation de l'art. 7, l'amende sera portée à deux cents francs ; il est expressément entendu que cette amende sera appliquée si la contravention à l'art. 7 survient dans les deux années qui suivront une démission (art. 5, dernier alinéa).

ART. 26. — L'**Exclusion** d'un membre du Syndicat ne peut être prononcée que par les Assemblées générales ordinaires après avoir été portée à l'ordre du jour (art. 17).

Par le fait de l'exclusion de l'un des leurs, les membres du Syndicat sont tenus de rompre tout rapport avec le confrère exclu.

ART. 27. — *Sauf les réserves prévues aux* art. 3, 5, 23 et 24, les membres du Syndicat sont libres en tout temps de donner leur **Démission**.

§ V.

Fonds social.

ART. 28. — Le fonds social est constitué par

a) Les dons volontaires.

b) Les cotisations annuelles.

c) Le produit des amendes.

ART. 29. — La **cotisation annuelle** est fixée à quinze francs (15 fr.). Elle donne droit au banquet annuel qui suit l'assemblée de novembre.

La **cotisation** est recouvrée à l'assemblée de novembre pour l'année suivante. A défaut, elle est recouvrée de plein droit par traite postale, acquittée du Trésorier, dans le même mois.

ART. 30. — Le **défaut de paiement** de la cotisation pendant deux années de suite provoquera la **proposition**, par les soins du Trésorier, de la **radiation** du membre défaillant (art. 21.)

ART. 31. — Le fonds social pourvoira aux frais suivants :

a) Frais de bureau, de correspondance, d'impression, etc.

b) Banquet annuel à la suite de l'Assemblée de Novembre.

c) Dépenses diverses ordonnées par l'Assemblée.

En cas de **dissolution** du Syndicat, l'**avoir social** sera remis à l'Association de Seine-et-Oise (agrégée à l'Association générale), pour emploi en **secours immédiats**.

REPORTAGE MÉDICAL

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu les 17 et 18 avril prochain, à 2 heures précises, dans la salle des Concours de l'Assistance Publique (ancienne Académie de médecine), *rue des Saints-Pères, 49.*

MM. les Membres du Conseil général de l'Association ont l'honneur d'inviter MM. les Présidents et Délégués des Sociétés unies au Banquet qui aura lieu le dimanche 17 avril, à sept heures et demie précises, au Palais d'Orsay (Hôtel de la nouvelle gare d'Orléans, en face le Palais de la Légion d'honneur). Tenue de ville.

M. le Président et Mme Brouardel prient MM. les Présidents et Délégués des Sociétés unies de bien vouloir venir passer la soirée chez eux, rue de Bellechasse, le *samedi* 16 *avril 1904*, à 9 heures et demie.

Le nombre des médecins diplômés aux Etats-Unis. — Le nombre des médecins *diplômés* aux Etats-Unis d'Amérique s'élève à 95.000. En 1902, on a enregistré 1400 morts de médecins, ce qui constituerait une mortalité de 14,74 pour 1000. D'après les relevés des compagnies d'assurances du même pays, la mortalité parmi les médecins serait de 7 pour 1000 à 25 ans, 15 pour 1000 à 35 ans, 21 ponr 1000 à 45 ans, 34 pour 1000 à 55 ans et 112 pour 1000 à 65 ans. (*Médical News*, 6 février 1904.)

VIIe Congrès International d'Otologie sous le patronage de M. le Ministre de l'Instruction publique. (Bordeaux, du 1er au 4 août 1904) — Nous apprenons que les Compagnies de chemins de fer français viennent d'accorder une réduction de 50 % sur le prix du voyage aux congressistes qui se rendront à Bordeaux au mois d'août prochain.

Les personnes désireuses d'assister au Congrès sont instamment priées de se faire inscrire avant le 15 mai, afin de permettre aux organisateurs de leur faire parvenir les instructions nécessaires, et pour effectuer leur voyage (billets de chemins de fer) et pour leur séjour à Bordeaux.

Le montant des cotisations (25 francs pour les Docteurs en médecine et 12 francs pour les Etudiants) doit être adressé au Trésorier, Dr Lannois, rue Emile-Zola, 14, à Lyon, et le titre des communications au Secrétaire général, Dr Lermoyez, rue La Boétie, 20 *bis*, à Paris (8e).

XIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et de pays des langue française (Pau, 1er-7 août 1904). — Le XIVe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, se tiendra cette année à Pau, du 1er au 7 août, sous la présidence de M. le professeur Brissaud. Les questions suivantes sont l'objet de rapports : 1° Psychiatrie. — Des démences vésaniques. Rapporteur : M. le Dr Deny, de Paris. — 2° Neurologie. — Des localisations motrices dans la moelle, rapporteur : M. le Dr Sano, d'Anvers. — 3° Assistance. — Des mesures à prendre contre les aliénés criminels, rapporteur : M. le Dr Kéraval, de Paris. — 4° Communications diverses. — N. B. Les discussions et communications ne peuvent être faites qu'en langue française.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année | N° 17 | 23 AVRIL 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Trois assemblées générales intéressantes.

Ce fut d'abord, le samedi 16, l'assemblée extraordinaire de l'Amicale où, après examen détaillé, les propositions du Conseil publiées au numéro du journal furent adoptées à l'unanimité, ainsi que les modifications statutaires résultant de l'ouverture de la combinaison C.

Même accord se retrouva le lendemain à l'Assemblée générale de la Caisse des pensions pour décider : 1° que l'admission des membres *nouveaux*, à partir du 17 avril 1904, se ferait sur les tarifs *nouveaux* avec contre-assurance facultative ;

2° Que les modifications pour les *anciens* sociétaires s'inspireront des résultats de l'inventaire en cours, du respect des engagements statutaires, et seront aussi variées que les conclusions de l'actuaire le permettront, de façon à ce que chaque membre puisse opter au mieux de ses intérêts entre les combinaisons offertes ;

3° Qu'une assemblée générale extraordinaire sera réunie vers novembre pour consacrer la situation nouvelle et voter les statuts qui s'y rapportent.

Le 17 avril, à l'Association générale des médecins de France, nous avons entendu le même beau langage que les années précédentes, faisant vibrer la corde de la bienfaisance confraternelle. Et sur ce point pas de notes discordantes.

Toujours plus délicats, au contraire, se sont montrés les problèmes qui se posent quand on veut marier, sous l'égide de la loi 1898, la bienfaisance, la prévoyance, la mutualité. La proposition de M. Lepage en a fourni une fois de plus la preuve : elle reste en ballottage jusqu'à l'année prochaine devant les Sociétés locales, après n'avoir rencontré hier que des opposants.

Mais une impression est surtout à retenir au sujet de la défense professionnelle, dont le rapport de M. A.-J. Martin faisait l'objet.

C'est à l'unanimité et par plusieurs votes successifs que les délégués ont affirmé la volonté de ne plus voir l'Association générale remettre en question les conclusions adoptées par les autres Sociétés de défense, et l'ont invitée sans phrases à prêter son concours à l'Union des syndicats qui, en cette matière, porte courageusement le drapeau parce que c'est son rôle.

Bonne journée pour le Tiers-Etat qui, sur ce point capital, ne pouvait vraiment continuer d'accepter des mots d'ordre d'inertie et de résignation.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français

Assemblée générale du 17 avril 1904.

Présidence de M. le Dr GASSOT, vice-président.

M. le Dr Lande, président, s'excuse par télégramme de ne pouvoir assister à la séance,

retenu à Bordeaux par ses fonctions administratives.

Approbation du compte rendu de l'assemblée générale de 1903. Les rapports du secrétaire général, du trésorier et de l'actuaire ayant été publiés, selon les statuts, ne sont pas relus.

M. Verdalle, trésorier, rapporte que les encaissements depuis le 1er janvier 1904 se sont faits comme d'habitude et se montent à 72.271 fr. Il a été acheté diverses valeurs dont 19.093 de rentes françaises.

Lecture des rapports de MM. les censeurs. Le trésorier a fait passer sous leurs yeux tous les titres composant le porte-feuille et les divers livres de caisse justifiant la comptabilité de l'exercice 1903. Les censeurs constatent la parfaite régularité des comptes et l'exactitude de la caisse ; mais, ils ont noté des retards dans l'encaissement de certains coupons, retards dus à la difficulté de réunir trois signatures de membres trop éloignés du siège social : aussi ils proposent que la signature soit donnée à des membres habitant Paris ou à proximité.

L'assemblée générale faisant droit à cette demande désigne MM Maurat et Jeanne, pour être délégués près le trésorier et l'assister dans les formalités à remplir pour les remboursements de valeurs et virements de fonds.

Approbation des comptes par l'assemblée générale.

L'assemblée générale, sur l'avis du Conseil général, décide que les réunions du comité directeur devront avoir lieu tous les trimestres.

Deux nouvelles pensions sont liquidées pour 1904.

MM. B... 1200 fr.
C... 485 fr.

Lecture est faite des noms des nouveaux adhérents au nombre de 17.

M. Fleury, actuaire, commente le rapport qu'il a fait et qui a été publié.

A l'unanimité, l'assemblée décide :

1° Que l'admission des membres *nouveaux*, à partir du 17 avril 1904, se ferait sur les tarifs *nouveaux* avec contre-assurance facultative ;

2° Que les modifications pour les *anciens* sociétaires s'inspireront des résultats de l'inventaire en cours, du respect des engagements statutaires, et seront aussi variées que les conclusions de l'actuaire le permettront, de façon à ce que chaque membre puisse opter au mieux de ses intérêts entre les combinaisons offertes ;

3° Qu'une Assemblée générale extraordinaire sera réunie vers novembre pour consacrer la situation nouvelle et voter les statuts qui s'y rapportent.

MM. Verdalle et Maurat, membres sortants du comité, sont réélus pour cinq ans.

MM. Baronnet, Hiblot et Billon, sont réélus censeurs pour trois ans.

M. David, censeur démissionnaire, est remplacé par M. Paul Petit.

La séance est levée.

Le secrétaire général DELEFOSSE. *Le Président* GASSOT.

FEUILLETON

Petit cours d'odontologie pour le médecin non spécialisé.

Par M. le Dr DUNOGIER, professeur libre à la Faculté de Paris.

I. — L'EXTRACTION DENTAIRE.

Malgré sa simplicité apparente, l'extraction, il ne faudrait pas s'y tromper, est une des opérations les plus difficiles de la chirurgie dentaire. Je n'en veux d'autres preuves que la multiplicité des instruments imaginés à cet effet, depuis Hippocrate et...... Galien qui n'osait s'y risquer ! Pour les daviers seulement, j'en ai compté dans un catalogue *cent soixante-dix-neuf variétés* !

Un bon manuel vaudrait peut-être mieux que cette multiplication parfaitement inutile de l'outillage, surtout si nos fournisseurs voulaient enfin se décider à nous fabriquer de bons daviers.

En attendant ce jour, sans me dissimuler la difficulté de la tâche, je vais essayer de vous donner des notions aussi précises que possible, permettant aux néophytes, de faire, dans ce fouillis, un choix judicieux, et surtout d'apprendre à s'en servir.

. . . .

Avant d'entreprendre une extraction, il faut d'abord, *bien examiner la dent*, choisir l'instrument approprié, et donner au patient une position convenable. Ce sont là trois conditions tellement essentielles que la négligence de l'une d'elles peut être fatale !

Dans ce chapitre, j'ai surtout en vue les dents non déjà ébranlées, présentant une couronne d'apparence solide, offrant une prise facile, mais aussi, *vraisemblablement*, une résistance plus considérable à l'opérateur. Je dois cependant, d'ores et déjà, avertir celui-ci que, s'il doit compter *avec* cette couronne, il ne doit jamais compter *sur* elle : la couronne est le fil d'Ariane, qui doit le guider ou guider l'instrument; qu'il n'appuie, ni ne tire dessus, il risquerait de la casser et de n'en pouvoir rattraper le bout, ou les bouts !

Du choix des daviers. — Je crois inutile d'entrer dans de longs développements sur l'historique des daviers et le genre de levier auquel ils appartiennent, ou de faire une longue description de toutes leurs parties ; mais il est indispensable de dire quelques mots de certaines d'entr'elles : les mors et les branches.

Les *mors*, au lieu de s'adapter, comme on l'écrit encore, au collet des dents, doivent, au contraire, être assez minces et assez étroits pour pouvoir pénétrer profondément, sans trop de difficultés, dans l'alvéole ; en un mot, si l'on compare la dent à un bouchon, ce qui n'est pas tellement absurde, il ne faut pas que le tire-bouchon soit plus large que le goulot ! Les mors, s'ils doivent s'écarter suffisamment, pour, en se rapprochant, ne point toucher la couronne, ne doivent pas, pour cela, être recourbés en arc de cercle. C'est là, au point de vue de leur pénétration, une condition éminemment défavorable, qui a, en outre, le grave inconvénient de transformer les daviers en pinces coupantes. En d'autres termes, et on ne saurait trop insister là-dessus, les

LA SEMAINE MÉDICALE

Les cavernes pulmonaires tuberculeuses dans le premier âge.

M. le Dr MARCEL MAIRESSE a étudié, dans sa thèse, la fréquence de la tuberculose chez le nourrisson. S'appuyant sur les recherches de Landouzy, Queyrat, Avirагnet et Comby, il estime que la tuberculose tue, dans la population hospitalière, un tiers des enfants au-dessous de deux ans.

Mais c'est surtout la forme ulcéreuse de la tuberculose chez le nourrisson qui fait l'objet de cette étude.

Avec l'appui de nombreuses observations bien concises et bien résumées, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Chez le nourrisson, les cavernes pulmonaires tuberculeuses n'ont jamais pour ainsi dire été observées avant trois mois. Elles sont exceptionnelles avant un an ; cependant on en trouve des observations très caractéristiques : témoin celle de Rabot et Varay où l'autopsie d'un enfant de cinq mois fait découvrir deux cavernes de la grosseur d'une noisette et même, dans la paroi d'une autre géode grosse comme un pois, un anévrysme de Rasmüssen !

2° La tuberculose du nourrisson peut aboutir à la formation de cavernes suivant deux processus : dans les deux tiers des cas, il s'agit d'une caverne due à la fonte rapide d'une pneumonie caséeuse, dans un tiers des cas, ces cavernes rappellent celles de l'adulte, comme dans l'observation déjà citée.

3° Le diagnostic clinique de ces cavernes n'est pas posé, souvent, en effet, les signes cavitaires manquent et lorsqu'ils existent, la fréquence chez le nourrisson de signes pseudo cavitaires enlève à ces symptômes toute valeur diagnostique. (Thèse du 24 décembre 1903.)

La maladie de Dercum.

D'après la thèse du Dr ALAIN HOUÉE, Dercum a très heureusement appelé « adipose douloureuse généralisée » un syndrome très particulier et bien défini.

La dégénérescence nerveuse, le sexe, la ménopause, l'alcoolisme et autres intoxications, les traumatismes, jouent un grand rôle dans l'étiologie de cette affection.

Cette maladie est caractérisée par trois symptômes cardinaux : l'adipose symétrique, les douleurs, les troubles mentaux ; et par divers signes accessoires : l'asthénie, les troubles vaso-moteurs, trophiques, sensitivo sensoriels, etc... Elle offre cliniquement trois formes : nodulaire, diffuse localisée, diffuse généralisée. La triade symptomatique principale rend le diagnostic peu hésitant.

Histologiquement, les néoplasies graisseuses traversent trois stades définis : gonflement œdémateux initial, transformation adipeuse, sclérose terminale. L'anatomie pathologique a montré des lésions de névrite interstitielle périphérique, des altérations du corps thyroïde et de la glande pituitaire.

Il est acquis que la production de l'adipose dépend d'une perturbation du système nerveux, mais la nature et le mécanisme de ce trouble nerveux restent à établir.

---

mors doivent être établis de façon telle, qu'au lieu d'enserrer la racine *linéairement* par leurs extrémités, ils s'appliquent sur elle, et autour d'elle, l'embrassant sur *la plus longue* et la plus large étendue possible. Lorsqu'on veut faire l'acquisition de ces instruments, au lieu de s'en rapporter aux fabricants, il est préférable de se munir de quelques dents et de choisir soi-même, en suivant les instructions *capitales* que je viens de tracer.

Les *branches*. — Quant aux branches, constituant, à proprement parler, le manche des daviers, les plus simples sont les meilleures : droites, ou presque droites ; les branches recourbées en dehors, afin de loger le bord cubital de la main, et donner ainsi plus de prise à l'opérateur pour tirer sur les dents, sont encombrantes et inutiles ; inutiles, parce que, comme je le dirai plus loin, il ne faut jamais tirer trop fort ! Elles doivent être d'une longueur moyenne, douze centimètres environ, et de même longueur ; avec un davier trop long, trop encombrant, la main sera toujours inhabile et.... *gaffeuse !* Enfin, il serait à souhaiter que les extrémités en fussent plus épaisses, plus *mousses*, au moins pour les daviers destinés aux dents supérieures ; parfois, en effet, on est obligé, pour faire pénétrer les mors dans l'alvéole, de s'aider du creux de la main, poussant sur ces extrémités qui blessent l'opérateur.

Position du patient. — La position du patient varie avec les dents sur lesquelles doit porter l'extraction ; j'aurai l'occasion d'y revenir à propos de chaque groupe de dents en particulier, mais il est bon de dire, dès maintenant, que l'opérateur doit toujours être à l'aise, la tête de l'opéré à une hauteur convenable pour qu'il ne soit point obligé de se courber, de se plier, de s'accroupir *et surtout* de lever les bras.

Siège. — Les anciens fauteuils dentaires étaient trop hauts ; les nouveaux, dont le siège peut descendre très bas, seront donc préférés ; cependant, avec un dossier mobile, on peut facilement amener la tête du patient à la position voulue. En ce qui me concerne, lorsque j'ai affaire à des dents d'une extraction difficile, je préfère une chaise basse à dossier rembourré.

Toutes ces explications, et certaines autres encore, paraîtront peut-être puériles à quelques-uns ; mais, il faut avoir vu l'embarras des débutants pour en comprendre toute l'utilité.

Après ces préliminaires, sauf à me répéter quelquefois, je vais aborder mon sujet, mâchoire par mâchoire, dent par dent, chacune d'elles présentant des particularités qui méritent d'attirer et *fixer* l'attention.

MACHOIRE SUPÉRIEURE.

Au point de vue de l'outillage, en ce qui concerne les daviers, je diviserai les dents en trois groupes ; le *premier* comprendra dix dents : les quatre incisives, les deux canines et les quatre petites molaires ; le *second*, les premières et deuxièmes grosses molaires ; le *troisième*, les dents de sagesse.

Premier groupe. Lorsque les dents sont régulièrement implantées sur l'arcade alvéolaire, un seul davier peut suffire, à la condition qu'il remplisse bien toutes les conditions énumérées plus haut. Ce n'est donc pas un *davier à incisives*, trop bien adapté au collet, mais un *davier à racines*, plus mince, plus effilé, saisissant les racines à *pleins mors* au lieu de ne les embrasser que par l'extrémité.

Manière de tenir le davier. — La façon de tenir le

Actuellement, on ne connaît pas de cas de guérison et les traitements employés ne sont que des palliatifs incertains.

L'actinomycose et le cancer.

Revenant sur le sujet favori de leurs études, MM. A Poncet et L. Berard ont récemment fait une communication à l'Académie sur le diagnostic de l'actinomycose et du cancer. Notre but, disent-ils, est d'établir une fois de plus le diagnostic, la fréquence relative de l'actinomycose humaine dans tous les milieux, à la ville, à la campagne, dans toutes les conditions sociales.

On songera à l'actinomycose comme on pense, avons-nous dit déjà, à la syphilis, à la tuberculose.

On se méfiera des suppurations locales, tenaces, récidivantes, des phlegmons chroniques, fistuleux, des phlegmons ligneux, etc., éveillant, par leur forme en placard, par leur dureté, entre autres signes, l'idée d'un néoplasme, surtout lorsque les abcès rebelles n'ont pas un point de départ articulaire, osseux, lorsqu'ils occupent les lieux d'élection des lésions à grains jaunes. Les régions privilégiées sont, par ordre de fréquence, la région cervico-faciale (face, cou), le ventre (parois abdominales, fosses iliaques, excavation pelvienne, etc.), la poitrine, la région ano-rectale, et, dans une proportion infiniment moindre, les membres.

Ces localisations préférées du parasite s'expliquent par le mode de contamination. La grande route des actinomyces n'est-elle pas, comme pour la plupart d'autres agents pathogènes, la voie alimentaire, d'où, à la première étape, les infections mycosiques, péri-maxillaires, cervico-faciales, etc. les plus communes ; puis les inoculations du tube digestif, avec prédilection du champignon pour le gros intestin, dont le cæcum, l'appendice, l'ampoule rectale, présentent, par leur stase physiologique, les meilleures conditions de greffe parasitaire.

En dehors de ces lésions infectieuses, non classiques, à marche sournoise, hypocrite, à suppuration plutôt séreuse, exhalant souvent une odeur fétide, nauséabonde, quelquefois très spéciale, odeur *sui generis*, odeur *actinomycosique* ; il faut encore tenir, malgré tout, comme des plus suspects, les néoplasmes qui suppurent : non pas, MM. Cornil, Le Dentu, l'ont bien montré, que de vrais cancers ne puissent suppurer, mais, parce qu'un des meilleurs signes des manifestations actinomycosiques, est, nous l'avons écrit bien des fois, l'*association des caractères d'un néoplasme et d'une lésion inflammatoire* (*Trait. de l'act.*, loc. cit, p. 82).

Cette qualité clinique conserve une grande valeur diagnostique. C'est elle qui, avant la découverte de l'actinomycose, avait embarrassé, intrigué nombre de chirurgiens, leur créant un état d'âme particulier, que l'un de nos anciens maîtres résumait dans cette phrase : « C'est très curieux, il y a des cancers qui suppurent, et ce sont ceux-là qui guérissent sans opération, sans que l'on sache pourquoi... »

Il eût pu ajouter, avec tout autant de bonnes raisons : quand il est impossible de les enlever, et lorsqu'on les enlève, ce sont, eux aussi, qui ne récidivent pas, qui donnent les meilleurs résultats éloignés, les guérisons définitives... Car, ainsi que nous l'avons déjà dit, on a confondu au

---

davier, dont aucun auteur ne paraît s'être préoccupé jusqu'ici, est cependant assez importante pour ne pas la négliger ; c'est, ordinairement, une cause d'embarras pour les élèves, qui, le prenant à pleines mains, sont ainsi d'une extrême gaucherie, quand ils veulent en faire l'application, et peuvent même blesser le patient, s'il fait un brusque mouvement.

Une des branches, l'externe (l'externe s'entend de celle devant occuper le plan antérieur ou externe, puisque, ayant recommandé des branches d'égale longueur, il ne saurait y avoir ici, comme pour les daviers américains, de branche interne ou externe) doit reposer dans la paume de la main, l'annulaire et le petit doigt glissés entre ses branches; le petit doigt maintient la branche externe dans le creux de la main, l'annulaire sert à écarter la branche interne que l'index et le médius rapprochent pour fermer le davier. Le pouce est appliqué obliquement sur la branche palmaire (externe), de telle sorte que, les branches étant rassemblées, sa pulpe reste partiellement engagée entr'elles. Ainsi placé, le pouce a un double but ; pousser et diriger le davier bien parallèlement à l'axe de la dent, puis lorsqu'on cherchera à ébranler celle-ci, empêcher de serrer trop fortement les branches. Les deux derniers doigts remplissent, du reste, et peut-être plus efficacement, le même office ; cependant, au moment de l'ébranlement, on est parfois obligé de dégager l'annulaire, qui devient ainsi l'auxiliaire précieux, souvent même indispensable, du médius et de l'index, non seulement pour maintenir les mors autour de la racine, mais encore pour imprimer les mouvements oscillatoires. — Il est bon, avant de tenter une avulsion, de se familiariser avec cette petite manœuvre qui évitera des tâtonnements maladroits et........ des *échappées*, vers la lèvre ou le palais, échappées, que j'ai vues bien des fois.

Position des patients. — Quel que soit le siège, il doit être assez haut pour que la tête du patient (un peu renversée en arrière) soit, à peu près, au niveau de l'aisselle de l'opérateur, le coude du bras qui opère devant s'écarter le moins possible du tronc, ce qui lui ferait perdre de sa force et de sa *sûreté* dans l'exécution du premier temps, le plus important, souvent le plus difficile, et d'où dépend le succès !

Le bras resté libre doit entourer la têtière du fauteuil, ou la tête du sujet (si on opère sur une simple chaise ou un fauteuil ordinaire), la main contournant la joue, l'extrémité du pouce en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, au niveau du condyle, l'index au-dessous de l'arcade orbitaire inférieure, le médius relevant la lèvre et prenant un point d'appui sur l'arcade maxillaire (*ne pas appuyer s'il y a de la périostite* !) Cependant, si l'on a affaire à des patients revêches (c'est loin d'être rare !), il est préférable d'appliquer vigoureusement la main bien à plat, sur la région frontale, le petit doigt soulevant la lèvre. Cela vaut infiniment mieux que de donner la tête à tenir à un aide; on a, ainsi, plus de force pour mener à bonne fin l'accomplissement de ce premier temps. De plus, si, comme cela arrive fréquemment, le patient essaie de faire un mouvement de latéralité, d'élévation ou de recul, en étant aussitôt prévenu, on peut arrêter la progression du davier, ou le retirer, ou même, en suivant les mouvements du malade, ne pas laisser la dent s'échapper ou se briser, comme cela pourrait arriver, à la suite d'une brusque surprise.

Nous voici arrivés au moment décisif; mais, au-

trefois, l'actinomycose n'étant pas connue, et on continue probablement encore de confondre des tumeurs myocosiques avec des tumeurs cancéreuses.

Dès le début de nos études sur l'actinomycose, nous avons signalé cette double méprise, en vertu de laquelle on prend une actinomycose pour un cancer, et un cancer pour la lésion parasitaire.

Ajoutons que, maintes fois, dans l'impossibilité d'intervenir, en raison du siège, de l'extension des lésions, etc., on donnait volontiers au malade, faute de mieux, de l'iodure de potassium.

L'action curative de cette médication n'en était que plus intéressante, que plus troublante. Il fallait encore alors faire intervenir la syphilis, et cependant, le malade n'était pas syphilitique, les lésions ne ressemblaient, que de loin, à celles de la syphilis... Aujourd'hui, de tels cas, qui naturellement continuent de se présenter, de telles guérisons, que l'on constate de temps à autre, s'expliquent sans peine : syphilis et actinomycose ne sont-elles pas justiciables du même traitement ioduré ?

MEDECINE PRATIQUE

L'analyse clinique des urines.

Notre très sympathique ami et très distingué confrère, le Dr *Auguste Létienne*, vient de faire paraître, avec la collaboration de M. le Dr *Jules Masselin* (1), un très documenté et très instructif «Précis d'urologie clinique» qui devra, désormais, faire partie de la sélection des livres médicaux absolument indispensables au plus modeste praticien. C'est un ouvrage court, clair et complet, qui suffit largement aux médecins occupés pour les mettre bien au courant de toutes les connaissances urologiques modernes. Chercher à présenter une analyse d'un tel ouvrage serait à peu près impossible, puisque les auteurs se sont attachés à faire une œuvre aussi concise que le comporte la clarté ; qu'il nous suffise donc de dire à nos confrères d'en entreprendre la lecture pour se convaincre de son utilité immédiate et pressante.

(1) «Précis d'urologie clinique ». (Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris.)

Mais la tentative de MM. Létienne et Masselin nous a suggéré l'idée de revenir un instant avec nos lecteurs sur les méthodes d'investigation clinique qu'ils ne doivent pas négliger d'employer au point de vue de l'urologie.

Il y a longtemps que les médecins ont proclamé l'absolue nécessité de l'examen des urines des malades, avant de formuler un diagnostic même approximatif. Et de fait, pourquoi y a-t-il si souvent des lacunes et même des erreurs dans les diagnostics ? C'est que, par suite d'un oubli ou d'un défaut de temps, le médecin a omis cette investigation aussi capitale que celle du pouls, de la température et de la coloration de la langue. Combien de candidats manquent leurs examens par cette impardonnable négligence ? Réclamons donc toujours des urines aux malades, même avant tout autre interrogatoire, afin de ne pas oublier cette recherche importante. Sans doute, nous répond-on, souvent, c'est très utile, mais c'est si long et si minutieux ; il faut avoir un laboratoire ; le praticien n'a pas le temps.

Pour faire une analyse complète, un dosage

---

paravant, il est bon de faire un peu connaissance avec l'organe à éliminer.

Synon. Incisive centrale, large incisive ou 1re incisive.

Assez peu nous importe sa couronne ! C'est la racine qui doit surtout nous intéresser. Arrondie, assez regulièrement cônique, volumineuse et solide, très rarement recourbée, comme cela se rencontre fréquemment pour d'autres, plus particulièrement à la mâchoire inférieure, cette racine a une longueur moyenne de quinze millimètres, mais peut atteindre dix-huit mm. à deux centimètres, ce qu'il ne faudrait pas oublier !

L'avulsion, même en dehors de toute anomalie (exostoses, etc.), peut donc être parfois laborieuse ; cependant, si l'on a bien effectué le premier temps, elle sera ordinairement facile, au-delà de toute espérance.

Premier temps. Introduction des mors. — La tête du patient bien immobilisée, la lèvre relevée, le davier bien en main, les mors appliqués au collet (le palatin *le premier*), vous les enfoncez *délibérément et profondément* dans l'alvéole, comme si vous vouliez *pénétrer dans le crâne*, suivant la judicieuse et pittoresque expression de *Delettre*, sans craindre de faire un peu de mal ; c'est le seul moyen d'éviter d'en faire beaucoup, courant le risque, la dent ayant été décapitée, d'avoir à recommencer une application plus difficile, partant, plus douloureuse.

Mais cette pénétration est loin d'être toujours aisée ; *dans ce cas*, il faut imprimer au davier des mouvements alternatifs d'avant en arrière, d'arrière en avant, cherchant à faire entrer les mors l'un après l'autre, par poussées successives ; *ou bien*, ayant enfoncé tout d'abord le mors *palatin* ou postérieur, c'est-à-dire le plus difficile à faire avancer, en raison de la résistance plus considérable de la paroi alvéolaire plus épaisse du côté du palais, vous retirez ce mors jusqu'au collet, et, rapprochant à nouveau les deux mors, les poussez en même temps. *Quelquefois enfin*, la difficulté sera telle, qu'on sera forcé de s'aider de la paume ; pour cela, faisant glisser le davier dans la main, les extrémités des branches reposant dans le creux, le pouce placé longitudinalement entre les branches, les trois derniers doigts sur la B. palatine, la phalangette de l'index entre les deux, pour maintenir l'instrument, on pousse, comme je viens de le dire, jusqu'à ce qu'on juge suffisante la pénétration qui, dans cette occurrence, devra être d'autant plus considérable, et guère moindre *d'un centimètre.* Si l'on était obligé de faire entrer le mors palatin seul, tout d'abord, il suffirait de saisir à peu près de même la branche antérieure, mais cette manœuvre demande de la prudence. S'il était impossible de faire pénétrer les mors, ce qui peut arriver, *exceptionnellement*, ainsi qu'on le verra plus loin, il faudrait renoncer *au davier* ou à l'extraction.

J'insiste tout particulièrement, peut-être au delà de toute mesure, sur ce premier temps, parce que c'est là un point capital, la cause principale et première des succès et des insuccès !

A ce propos, il me souvient d'un élève à qui je n'avais jamais pu faire entendre cela, peut-être parce que je cherchais à le lui faire entendre (il était têtu et n'aimait pas les observations !) ; aussi cassait-il de dents presque autant qu'il tentait d'en extraire. Il avait trouvé, pour masquer son inconcevable maladresse, un joli euphémisme ; il appelait ça..... *réséquer* les dents, et se proposait même d'écrire un petit travail sur cette *opération* qu'il paraissait

chimique, mathématique ; oui, d'accord ! il faut avoir recours au chimiste, au pharmacien ; il en est toujours ainsi malgré les perfectionnements des appareils et des procédés modernes, et il en sera probablement encore longtemps ainsi. Mais, pour une investigation purement clinique, avons-nous besoin d'une analyse précise et mathématique ? Avons-nous besoin de savoir, à quelques décigrammes près et même à deux ou trois grammes près, combien l'urine contient de chlorures, d'urates, d'acide urique, d'urée, de phosphates, d'albumine, de sucre, de bile ou de sels biliaires ? Non certes ; en clinique, il faut se contenter de données approximatives, qui indiquent simplement la direction du fonctionnement des organes. Celui qui veut s'attarder à analyser à fond les urines d'un malade, au point de vue purement chimique, commet la même erreur que celui qui ergote pendant des heures sur la plus ou moins grande finesse d'un râle ou d'un frottement intra-thoracique ou sur un dédoublement plus ou moins saccadé ou métallique des bruits du cœur. Donc, tout en étant toujours très soigneux et très complet, ne cherchons pas les finesses dans les analyses comme dans l'auscultation ; c'est là une pente glissante qui conduit vite à l'erreur, en masquant souvent d'autres symptômes très importants.

I

Analyse de l'urine, au point de vue physique.

L'urine normale est transparente et d'une coloration jaune citrin comparable à une infusion de bois de réglisse, vulgairement appelée coco. Sa réaction est franchement acide et son odeur, légèrement fade, *sui generis*, non désagréable, quand l'urine est récemment émise. La quantité habituellement évacuée en 24 heures est de 1200 à 1500 centimètres cubes. Enfin, la densité de l'uride normale est de 1019 à 1022 environ.

La densité s'obtient en versant l'urine filtrée dans un verre à réaction de forme conique, comme une flûte à champagne, et en y plongeant à la fois un thermomètre et un densimètre pèse-urine. Le densimètre est une sorte de pipette pleine, tout en verre et graduée de haut en bas 100, 101, 102, 103, etc., qu'il faut lire 1000, 1010, 1020, 1030 etc., en ajoutant un 0 et en tenant compte des divisions en dixièmes intercalaires comme dans un thermomètre. La densité variant avec la température, il faut lire le degré thermométrique de l'urine en même temps que le chiffre de cette densité.

Un mot, pour terminer la révision des caractères physiques de l'urine, sur la consistance d'une urine normale. Elle est fluide comme l'eau, filtre avec assez de facilité, et mousse facilement quand on l'agite.

Quand il s'agit d'envoyer de l'urine fraîche à analyser dans un laboratoire à une assez grande distance, il faut ajouter à cette urine du formol ou du chloroforme, environ 10 cc. par litre, pour en assurer la conservation. La fiole qui recevra l'urine aura été fortement ébouillantée, ainsi que son bouchon ; elle sera entièrement remplie d'urine sur laquelle forcera le bouchon.

Le flacon ainsi plein sera placé dans une boîte, au milieu d'un mélange de glace et de son ; une seconde boîte, renfermant du son recevra la première. Dans ces conditions, l'urine ne subit pas d'altérations.

---

plutôt regarder comme une innovation heureuse ! Un dentiste du XVIme siècle, Hémard, avait déjà préconisé, sans grand succès, du reste, cette méthode, qu'il appelait : *déchapeler* les dents, mais il la pratiquait à l'aide de pinces coupantes. C'était plus rationnel !

Deuxième temps : Ebranlement. — Je dis « ébranlement » et non luxation, « luxation » devant s'entendre de la sortie de la dent hors de la cavité, c'est-à-dire du troisième temps.

Ici, je demanderai beaucoup d'attention et un peu d'indulgence, étant bien embarrassé pour exprimer avec toute la clarté désirable le *modus faciendi*. — Comment doit se faire l'ébranlement ? Par des mouvements progressifs en avant et en arrière, plus accusés en avant, en raison de la moindre épaisseur de la paroi antérieure, cédant plus aisément que la paroi postérieure, laquelle, autant dire, reste inébranlable ! Tout cela est bientôt dit, et d'une clarté lumineuse sans doute, mais ce n'est point assez, à mon avis. Est-ce à l'instar du jardinier qui, un pieu fiché en terre, cherche à faire un trou conique pour y repiquer une salade ? Bien que cette méthode, absolument rationnelle, soit, dans quelques cas, la seule applicable, ce n'est pas elle que je recommanderai ici. Non ! Elle offre des dangers, surtout pour des opérateurs impatients, et des novices, toujours tentés, si la dent ne cède pas assez vite à leur gré, d'exagérer le mouvement, d'exercer sur le rebord alvéolaire des *pesées douloureuses*, cherchant plutôt à tordre, comme un simple clou, la dent qui ne plie pas, mais se rompt.

Il faut secouer celle-ci, comme on secouerait un arbre dont on voudrait faire tomber les fruits, au lieu de chercher à le faire ployer pour les atteindre. Les secousses seront mesurées ou rapides, suivant le degré d'entraînement de l'opérateur, progressives, un peu plus accentuées en avant, sans qu'il faille trop se préoccuper de ce dernier terme, l'élargissement de l'alvéole se faisant naturellement de lui-même du côté de la moindre résistance. De cette manière, vous n'exercez sur les dents aucune torsion, sur la gencive aucune pression ; l'extraction est, à la fois, plus sûre, moins douloureuse, et moins longue, à telle enseigne qu'avec un peu d'habitude cela devient de la prestidigitation.

On n'a pas oublié la façon de tenir le davier, décrite un peu plus haut. Lorsqu'on se trouvera en présence d'un organe plus que de raison récalcitrant, il faudra, sinon changer ses batteries, modifier tout au moins mes instructions. Dans ce cas, l'*outil* devra être tenu à pleine main, la main à quelques centimètres des mors, mais *autant que possible*, l'auriculaire restant entre les branches, pour n'être pas tenté de serrer trop fort ! C'est pourquoi j'ai recommandé des branches plutôt courtes, estimant que plus la main est rapprochée des mors, plus on a de force et de *sûreté*, dans l'accomplissement de ce temps, et cela, quelle que soit, des deux, la méthode employée.

Enfin, faites l'ébranlement en *poussant*, non en *tirant*, comme si vous vouliez enfoncer la dent dans la mâchoire ; de cette façon, votre davier ne courra aucun risque de lâcher prise, de *déràper*, comme on dit en terme de métier, de désemparer, et vous n'aurez pas la tentation, ni même la possibilité, de serrer trop vigoureusement ! En outre, loin de glisser, les mors pénétrant un peu plus avant au fur et à mesure que s'élargira l'alvéole, saisiront mieux la dent. — A ce moment, un petit bruit sec viendra peut-être interrompre vos efforts..., Ne vous effrayez pas, c'est votre dent qui, se luxant d'elle-même

Maintenant que nous connaissons l'urine normale, il est facile de juger à la simple inspection si une urine est pathologique. La coloration peut être pâle, à peine différente de l'eau (urine des chlorotiques et des anémiques, urine des polyuriques, diabétiques) ; au contraire, cette coloration peut être marron foncé, acajou urine ictérique, bilieuse), ou encore franchement rouge, sanglante (hématurie, hémoglobinurie) ; enfin, il y a dans la coloration jaune ambrée de l'urine toute une série de gammes de jaune (urines hémaphéiques, urines urobiliques).

La transparence de l'urine peut aussi être fréquemment altérée : certaines urines sont troubles parce que le malade prend du bicarbonate de soude ou des alcalins, d'autres sont troubles parce que l'alimentation est trop végétale.

Certaines urines sont opaques, parce qu'elles contiennent du mucus ou des globules purulents ; enfin d'autres urines sont troubles parce que les urates et les phosphates se sont précités ; c'est ce que les malades ou leur entourage appellent les urines décomposées, les urines laiteuses, les urines boueuses. à brique pilée (urines fiévreuses et urines lithiasiques). — Les altérations de l'odeur de l'urine ont une certaine signification quand elle est ammoniacale ou purulente (pyélo-néphrites, cystites), elle exhale une odeur fétide et ammoniacale.

Le volume des urines émises en 24 heures a une grande importance : au-dessous d'un litre, c'est de l'oligurie ou de l'anurie, prélude de l'urémie.

Au-dessus d'un litre et demi, c'est de la polyurie, du diabète (sucré ou insipide). L'étude de la densité de l'urine donne aussi d'utiles renseignements sur ses altérations de composition (albumine, sucre, phosphates, urates, chlorures.)

Quant à la détermination de l'acidité urinaire, le papier de tournesol bleu est le meilleur réactif pour l'indiquer rapidement. Les procédés de dosage par l'acide oxalique ou par la solution de soude hydratée permettent d'évaluer cette acidité à 1 gr. 50 ou 1 gr. 75, pour une urine normale.

L'urine, ainsi examinée au point de vue physique, doit encore être soumise à l'épreuve du spectroscope : on verse environ dix centimètres cubes d'urine dans un tube à essai en verre simple, on se place au grand jour, près d'une fenêtre, et on regarde par transparence le spectre formé dans une petite lunette spectroscopique de Duboscq accolée au tube d urine : si, dans le spectre, on aperçoit une bande sombre entre le vert et le bleu, entre les lignes E et F, c'est que l'urine contient de l'urobiline, autrement dit, c'est qu'il y a un fonctionnement défectueux du foie; s'il y a un assombrissement général du bleu, de l'indigo et du violet, c'est que l'urine contient des pigments biliaires; s'il y a une bande sombre dans le jaune entre la ligne D et la ligne E, c'est qu'il y a de l'hémoglobine réduite; s'il y a deux bandes sombres parallèles dans l'orangé et dans le jaune, l'une sur la ligne D, l'autre en dedans de la ligne E, c'est que l'urine contient de l'oxyhémoglobine (phénomène assez rare d'ailleurs).

Tels sont, en quelques lignes, les plus importants renseignements fournis par l'analyse physique des urines ; voyons maintenant les procédés de l'analyse chimique.

---

ayant glissé entre les mors, vient heurter le davier à l'articulation ; à la mâchoire inférieure, c'est plutôt le plafond, l'œil ou le visage de l'opérateur !

Troisième temps ; *extraction proprement dite*. — Comme les dents sont loin de s'*énucléer* toujours ainsi d'elles-mêmes, il faut terminer l'opération, non toutefois sans s'être assuré, *de visu*, que les dents sont bien réellement ébranlées. Souvent, il m'est arrivé d'arrêter la main d'élèves qui, de très bonne foi, tiraient consciencieusement sur elles, sans aucun succès. La main, même une main exercée, croit percevoir une sensation d'ébranlement dans l'organe secoué ; or, il n'en est rien ! C'est le davier qui remue, mal assujetti autour de la racine, et ce *pseudo-ébranlement* pourrait amener une erreur funeste, surtout si l'opérateur trop plein d'une confiance aveugle (c'est bien le mot !) s'avisait de tirer trop impétueusement et trop brusquement. Même ébranlées, on ne doit jamais, comme je l'ai déjà dit, tirer trop fort sur les dents ; il faut tirer d'autant moins fort et d'autant moins brusquement qu'on éprouve plus de résistance. On se trouve généralement alors en présence, soit d'une *exostose* du sommet de la racine, soit d'une courbure de ce sommet En tirant brutalement, le davier peut déraper, le sommet de la racine se casser, ou, si la dent sort brusquement, on peut heurter une dent de la mâchoire opposée et la briser. Cet accident est loin d'être rare. Attention !

Il faut amener la dent hors de l'alvéole, par de légers mouvements de rotation, de gauche à droite, de droite à gauche, graduant ses efforts ; si la dent ne vient pas, élargissez un peu plus l'alvéole, en procédant, cette fois, à la façon du jardinier ; surtout, ne vous laissez pas influencer par les cris du patient et de son entourage. Si vous tirez bien droit, et il faut tirer droit, ce temps n'est pas très douloureux ; puis il faut ajouter que, hormis quelques cas absolument exceptionnels, sa durée n'est pas tellement longue qu'il faille, pour l'abréger, risquer de faire une bévue ! *Festina lente* : c'est la sagesse des nations et aussi des bons praticiens. Hâtez-vous lentement.

Synon. : Incisive latérale, petite incisive, deuxième incisive.

Malgré son nom de *petite incisive*, ne vous y fiez pas ! Fortement serrée, le plus souvent, entre l'incisive centrale et la canine, j'en ai rencontré beaucoup avec une racine de dix-huit millimètres, et recourbée par dessus le marché ! C'est, avec la première petite molaire, celle que l'on brise le plus !

Synon. : Canine, dent de l'œil, unicuspidée.

Une seule racine, mais longue, longue.... deux centimètres à deux centimètres et demi ! *Dans le monde*, on croit que son avulsion est dangereuse pour l'œil. C'est là, d'après Fauchard (1), une vieille plaisanterie, inventée par les dentistes (?) pour effrayer les pauvres gens, et n'avoir point à les extraire ! Ne les croyez pas ; mais sachez bien que, même avec une poigne solide, on a souvent beaucoup de mal ! Nous en recauserons en continuant.

(*A suivre*).

---

(1) Pierre Fauchard. — *Le Chirurgien dentiste*. Deuxième édition (1746), page 185 du tome II.

*

II

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES.

Pour analyser qualitativement et quantitativement les urines au point de vue chimique, on se sert d'un uréomètre d'Yvon ou de Regnard, d'une burette à robinet graduée pour les chlorures, d'un tube gradué d'Esbach, d'un certain nombre de pipettes graduées, et des réactifs d'Yvon, de Mohr, d'Esbach ou de Tanret, de Fehling, de l'acide azotique pur et de l'acide trichloracétique.

Quelle que soit la simplicité que l'on veuille rechercher dans les analyses chimiques, il faut avoir à sa disposition au moins tout cet arsenal.

Le premier point important est de faire recueillir par le malade toutes ses urines des 24 heures, de les bien mélanger et d'en prélever un échantillon spécial pour chaque analyse.

1° Dosage de l'urée. — Tout d'abord il faut déféquer l'urine en agitant pendant quelques minutes 100 centimètres cubes d'urine avec 10 centimètres cubes d'extrait de Saturne du Codex dans un ballon de verre. et en neutralisant l'excès de plomb par 2 grammes de carbonate de soude en poudre ; ce mélange se divise en deux couches, une supérieure à peu près incolore, c'est l'urine déféquée, unc inférieure, constituée par les précipités d'albumine, de chlorures, d'urates, etc.. On filtre cette partie limpide et on l'emploie pour le dosage de l'urée.

L'appareil le plus simple est l'uréomètre à eau de Regnard, sorte de tube en U, portant deux boules à la partie inférieure des deux branches et une éprouvette à gaz, sur une cuvette à eau ; l'éprouvette est reliée à une branche du tube en U par un tube de caoutchouc souple. Dans une des boules de l'U, on verse deux centimètres cubes d'urine et 1 centimètre cube de solution glucosique (30 gr. de glucose pur dans 100 centimètres cubes d'eau distillée) et dans l'autre boule, on verse 8 centimètres cubes de réactif hypobromique Regnard :

Brome................	7 centim. cubes.
Lessive de soude.......	60 —
Eau distillée...........	140 —

fraîchement préparée.

On mélange les contenus des deux boules, l'appareil étant bien bouché ; le dégagement d'azote se fait dans l'éprouvette et on lit la graduation sur cette éprouvette, représentant le chiffre d'azote, qui représente lui-même l'urée transformée ; on note en même temps la température au moyen d'un thermomètre placé à côté et on se reporte à la table uréométrique établie d'avance pour avoir immédiatement le chiffre de l'urée totale exprimée en grammes.

Pour une urine normale, ce chiffre est de 20 à 28 grammes en 24 heures — (18 gr. par litre).

Dosage de l'acide urique.

Voici comment MM. Létienne et Masselin indiquent le dosage de l'acide urique.

Dosage par le permanganate de potasse :

En clinique, cette méthode, facile à exécuter, donne des résultats suffisamment exacts ; aussi est-elle couramment employée.

A. *Procédé Hopkins-Ritter.* — Nous préparerons d'abord une solution titrée de permanganate de potasse au 1/20 normale (1,6 pour 1.000).

Nous titrerons exactement cette solution par rapport à une solution d'acide oxalique non effleuri (1/10 d'éq. par litre).

Ainsi titrée, un centimètre cube de la solution de permanganate correspond à 0,00361 d'acide urique.

Nous procéderons alors au dosage de la façon suivante :

1° Placez dans un verre 100 centimètres cubes d'urine bien mélangée, *non filtrée*, que vous saturez ensuite de chlorhydrate d'ammoniaque ; agitez et laissez deux heures au repos.

2° Recevez le précipité d'urate d'ammoniaque sur un filtre ; lavez-le avec une solution saturée de sulfate d'ammoniaque.

3° Dissolvez à chaud le précipité dans de l'eau légèrement alcalinisée par du carbonate de soude; recevez-le dans un verre ; laissez refroidir.

4° Portez alors le volume du précipité dissous à 100 centimètres cubes en ajoutant de l'eau distillée.

5° Ajoutez 20 centimètres cubes d'acide sulfurique.

6° A l'aide de la burette de Mohr, laissez couler autant de la solution de permanganate qu'il en faut pour obtenir, par agitation du liquide, une *teinte rose persistante*, qui donne le terme de la réaction. Par un simple calcul vous obtiendrez le poids de l'acide urique renfermé dans les 100 centimètres cubes d'urine qui représentent la prise d'essai. Vous ramènerez ensuite au litre, puis au volume des vingt-quatre heures.

B. *Procédé Otto-Folin.* — Ce procédé est à peu de chose près le même que le précédent.

Nous préparerons une solution de permanganate de potasse titrée à un gramme pour 1.000 : dans ces conditions, un centimètre cube de la solution correspond à 0,00222 d'acide urique.

Nous procéderons de la façon suivante :

1° Placez dans une fiole 100 centimètres cubes d'urine bien mélangée, *non filtrée*, ajoutez-y 10 grammes de sulfate d'ammoniaque ; agitez et laissez deux heures au repos.

2° Jetez le précipité sur un filtre ; lavez-le avec une solution à 10 % de sulfate d'ammoniaque.

3° Dissolvez à chaud le précipité dans de l'eau légèrement alcalinisée par du carbonate de soude ; recevez-le dans un verre ; laissez refroidir.

4° Portez alors le volume du précipité dissous à 100 centimètres cubes en ajoutant de l'eau distillée.

5° Ajoutez 15 centimètres cubes d'acide sulfurique pur : le mélange marque alors environ 60°.

6° Laissez tomber la solution de permanganate jusqu'à obtention de la *teinte rose persistante*, terme de la réaction.

Exemple : vous avez employé 20 centimètres cubes de la solution de permanganate. Vous effectuerez le calcul de la façon suivante :

1 centimètre cube = 0,00222 d'acide urique.
20 — = 0,0444 —

A ce résultat vous ajouterez 0,001 à cause des pertes dues à la solubilité de l'urate d'ammoniaque, soit :

20 centimètres cubes = 0,0445

D'où : 100 centimètres cubes d'urine renferment 0,0445 d'acide urique ; en multipliant par

10, vous aurez l'acide urique renfermé dans un litre d'urine, soit 0,445.

Rapportez ensuite aux vingt-quatre heures.

Observation importante. — Quel que soit le procédé de dosage volumétrique qu'il nous plaise d'employer, s'il s'agit de doser l'acide urique par le permanganate dans une urine albumineuse, nous devrons, bien entendu, agir sur un échantillon d'urine débarrassé complètement de l'albumine qu'elle renferme. La dose normale d'acide urique en 24 heures est de 1 gramme.

(*A suivre.*) Dr Paul HUGUENIN.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Un symptôme précoce des cas graves de pérityphlite.

Nous ne possédons pas encore de signe clinique qui puisse, dès les premiers stades de la pérityphlite, nous permettre de distinguer les cas graves des cas légers.

Moszkowicz, qui est un interventionniste de la première heure, croit avoir remarqué au cours de ses opérations précoces un symptôme, qui pourrait servir à reconnaître, dès le début, les cas graves : il s'agit d'un épanchement séreux de la cavité générale du péritoine. (*Münch. Med. Woch.*, 1984, n° 4.)

Cet auteur estime que la formation d'adhérences péritonéales, seul moyen de défense que possède l'organisme, est chose rare. Dans les cas graves, chez les malades opérés dans les premières 48 heures, on trouve, en effet, l'appendice perforé ou gangréné au milieu des anses intestinales, sans adhérences préformées; on trouve également dans toutes les parties de la cavité péritonéale un exsudat séreux, séro-fibrineux ou purulent, tantôt stérile, tantôt riche en bactéries.

Moszkowicz réunit 46 opérations précoces, tirées soit de sa pratique personnelle, soit des écrits de Payr, et de Sprengel. Dans la plupart des cas, il y avait un appendice gangréné, perforé, ou renfermant un calcul stercoral ; 27 fois on trouvait un épanchement dans le péritoine, sans adhérences : peut-être même, les dépôts fibrineux découverts dans certains cas étaient-ils l'indice d'un exsudat disparu depuis 24 heures.

Cet exsudat, dit l'auteur, démontre par sa présence que la cavité péritonéale renferme beaucoup de microbes ; il est l'analogue de l'œdème qui accompagne les phlegmons.

Il serait très important de rechercher et de déceler au plus tôt ce symptôme, car il est beaucoup de malades qui, sans présenter de phénomènes subjectifs particulièrement inquiétants, à la période initiale, sont porteurs d'un exsudat péritonéal diffus et purulent.

Une intervention hâtive serait indiquée chez les patients à exsudat séreux, s'il est démontré comme le pense Moszkowicz, que le symptôme dénote un cas grave par sa présence. Cet exsudat, libre dans la cavité péritonéale, doit en conséquence être recherché soigneusement dès le début de l'affection. Lorsqu'il existe, la sonorité révélée à la percussion de l'abdomen se déplace quand le malade change de position ; on perçoit également la sensation de flot au niveau des flancs.

Ces observations sont intéressantes et méritent l'attention des praticiens; souhaitons que de nouvelles données statistiques viennent confirmer les idées émises par Moszkowicz, et nous verrons peut-être la fin de l'éternel conflit entre interventionnistes et abstentionnistes !

La pyélite aiguë idiopathique de la grossesse.

C'est là une affection relativement rare, qui n'est pas décrite dans les Traités classiques. Cette variété de pyélite apparaît généralement vers la fin de la grossesse, persiste durant une ou deux semaines environ, puis le plus souvent disparaît d'une manière brusque, sans entraver l'accouchement.

Elle débute par une élévation marquée de la température et s'accompagne de violentes douleurs lombaires, ainsi que de frissons dans la plupart des cas. La malade présente des signes d'inflammation vésicale; pollakiurie ; dysurie ; urines troubles.

Il suffit de penser à cette affection, pour en faire aisément le diagnostic ; les urines purulentes en sont un des signes les plus importants.

Les douleurs sont, le plus souvent, très intenses ; elles se localisent aux reins, à la vessie, et s'irradient le long des uretères. La fièvre peut dépasser 40°.

D'après Stabfeld (*Münch. Med. Woch.*, 1904, n° 5), cette affection serait d'origine mécanique: l'utérus gravide exercerait une pression sur les uretères, d'où stase de l'urine, dilatation et inflammation des uretères et des bassinets. Cette théorie est basée sur des observations nécropsiques et sur des faits cliniques : les douleurs diminuent régulièrement quand on dégage le bassin en soulevant légèrement l'utérus gravide, et inversement.

Pour le diagnostic différentiel, il faut éliminer les processus inflammatoires aigus, tels que les para et les périmétrites ; il faut aussi par l'auscultation du cœur, rechercher si le fœtus n'est pas mort, auquel cas, une thérapeutique active s'imposerait.

Généralement, le pronostic est bon ; en une semaine ou deux, la guérison est complète. Souvent brusque, elle ne semble pas devoir être suivie de récidives.

Le traitement sera expectatif. S'il est démontré que la pression de l'utérus gravide est principalement en cause, il sera bon de soulever la tête de l'enfant au moyen d'un pessaire. Souvent il suffira de faire prendre à la malade une position convenable dans son lit. On prescrira du thé, du lait, de l'eau minérale en abondance, ainsi qu'un désinfectant des voies urinaires (salolurotropine) ; contre les douleurs on donnera la morphine. Pour le reste, on fera un traitement symptomatique.

Tant que durera la pyélite, il est indiqué de ne pratiquer aucune intervention sur l'utérus. Il n'est point nécessaire de provoquer l'accouchement, car le plus souvent l'affection disparaît avant le terme de la gestation.

Sur la valeur des injections de sérum dans la prophylaxie de la diphtérie.

Zuppinger a pratiqué 1000 injections préventives chez des frères ou sœurs d'enfants diphtéritiques : 18 fois seulement la diphtérie apparut malgré cette précaution. mais elle revêtit toujours, en pareil cas, une forme légère et curable.

L'auteur recommande donc les injections préventives, surtout dans les hôpitaux. Il pousse le sérum dans la cuisse ; les nourrissons doivent être également inoculés.

Deux exemples rapportés par Zuppinger montrent que c'est bien au sérum qu'il faut attribuer la bénignité de l'affection. Si les dangers de contamination persistent, il est nécessaire de répéter l'immunisation au bout de trois ou de quatre semaines.

Ces précautions n'empêcheront pas de pratiquer l'isolement rigoureux et la désinfection.

En somme, les résultats de l'auteur concordent avec les données apportées au Congrès de Bruxelles, à savoir que l'inoculation préventive protège dans 98 p. cent des cas de la diphtérie.

(*Wien. Klin. Woch.*, 1904.)

Traitement de la hernie étranglée par l'atropine.

L'atropine, même à faible dose, exciterait les mouvements péristaltiques, et produirait une vaso-constriction des artères mésentériques.

Dans l'étranglement herniaire, Hagen a, depuis de longues années, adopté la ligne de conduite suivante : par un taxis léger, il se rend compte de l'irréductibilité, puis il injecte aussitôt 1/2 cent. cube d'atropine (sulf. d'atropine 0,01 ; eau 10 gr.) à l'endroit rétréci du sac herniaire, en évitant de léser l'anse intestinale sous-jacente ; il attend une heure, recommence le taxis, et en cas d'insuccès, injecte de nouveau 1/2 ou 1 cent. cube. Si, dans ces conditions, la tuméfaction reste dure et douloureuse, si les vomissements continuent, il est indiqué de faire la kélotomie. Mais, souvent, la tuméfaction devient moins dure, les vomissements et les douleurs diminuent, le pouls se relève : il faut alors attendre. Après chaque injection, on renouvelle le taxis ; cette pratique semble préférable à une intervention sanglante, en particulier chez les sujets âgés.

La ponction dans l'épididymite blennorrhagique.

Pour rechercher la présence du gonocoque dans l'épididyme enflammé, Pick entreprit d'en pratiquer systématiquement la ponction, et c'est ainsi, d'une manière fortuite, qu'il observa une amélioration rapide dans les cas aigus, s'accompagnant de fièvre et de violentes douleurs. Ces phénomènes s'amendaient brusquement après la ponction, la tuméfaction diminuait. Cette petite intervention, peu douloureuse, était répétée une deuxième fois, quand l'effet attendu ne se produisait pas, et surtout quand la fièvre persistait.

Le traitement consécutif consistait en frictions à la vaseline gaïacolée avec application d'un suspensoir. (*Prag. Med. Wochens*, n° 2, 1904).

L'anesthésie locale dans les avulsions dentaires, produite par un mélange de cocaïne et d'adrénaline.

Après avoir passé en revue tous les procédés d'anesthésie locale habituellement employés, Lauven accorde la préférence à un mélange de cocaïne et d'extrait de capsules surrénales. Il emploie une solution fraîche de cocaïne à 1 %, à laquelle il ajoute par centimètre cube 3 gouttes d'une solution également fraîche d'adrénaline à 1 p. 1000. Un ou deux centimètres cubes suffisent à produire l'anesthésie ; il est bon de ne pas dépasser 1 cent. cube au niveau des incisions, car la résorption est rapide. L'injection est poussée dans la gencive de chaque côté de la dent, et surtout dans le périoste alvéolaire au niveau de la racine. Cette méthode permet d'obtenir une anesthésie complète dans la carie et la périostite alvéolaire, et dans certains cas seulement de pulpite. L'adrénaline permet une extension plus grande en profondeur et en surface, et surtout une persistance plus marquée de l'anesthésie, elle anémie les tissus, et diminue la toxicité de la cocaïne. (*Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1904.)

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées de cinnamate de soude.

Kressin (Russie) a employé les injections sous-cutanées de cinnamate de soude (Hetol) dans 27 cas de tuberculose pulmonaire à différents stades. Les injections, pratiquées quotidiennement, étaient faites avec une solution dans l'eau stérilisée de cinnamate de soude à 2 1/2 pour cent : on injectait chaque fois 1 centimètre cube. Il y eut d'une manière générale peu de réaction locale. Voici quels furent les résultats observés par Kressin.

Le plus souvent, l'état général du malade s'améliorait. Après les premières injections, la température s'élevait de 0,2 à 1°6 ; puis, au bout d'une semaine, elle s'abaissait progressivement pour atteindre de nouveau la normale. Dans les cas graves, cependant, le remède n'avait ordinairement aucune influence sur la température. La toux diminuait ; parfois même, elle disparaissait complètement. L'expectoration devenait moins abondante, muqueuse, et renfermait notablement moins de bacilles tuberculeux. En même temps les signes d'auscultation s'amélioraient ; il y avait moins de râles. Jamais l'auteur n'observa d'hémoptysies à la suite de ces injections. Les douleurs thoraciques, moins intenses, ne tardaient pas à cesser complètement ; plus de sueurs nocturnes ; l'appétit et le sommeil devenaient meilleurs ; le poids du corps augmentait (exception faite pour les cas graves).

Les résultats les plus probants furent obtenus dans les cas où l'affection était localisée à l'un des sommets du poumon ; quand les deux sommets étaient lésés, il en fut de même si la maladie revêtait une allure torpide. Pour les lésions pulmonaires étendues, les résultats du traitement furent moins nets et plus tardifs. Dans la tuberculose avancée, les injections semblèrent avoir pour unique effet de prolonger la maladie. L'hétol fut complètement inactif dans la tuberculose miliaire.

Sur la valeur thérapeutique des injections sous-cutanées d'eau salée dans les maladies mentales.

Depuis deux ans, Giliarowsky (*Wratsch*, 1903) emploie cette méthode dans les maladies mentales ; il la réserve aux malades qui présentent un mauvais état général, de l'excitation marquée ou de l'insomnie, et surtout à ceux qui refusent toute nourriture. Les affections organiques du cœur ou des vaisseaux, la tuberculose pulmonaire à un stade avancé, un pouls tendu, plein, les manifestations qui dénotent une hypérémie cérébrale : telles sont les contre-indications de la méthode.

L'auteur emploie généralement la solution de sel de cuisine à 0,7 % ; dans les cas de collapsus, il ajoute 1 gramme de caféine par litre de liquide. Il a pratiqué de la sorte 160 injections, comprenant en moyenne 600 à 700 cent. cubes de solution. Les malades traités se décomposent de la manière suivante : 13 démences précoces, 3 psychoses circulaires, 1 cas de paralysie progressive, 1 cas de démence asthénique.

Chaque fois que la cachexie était plus ou moins accentuée, qu'il y avait diminution de l'activité fonctionnelle du cœur, des poumons, des reins, sans altération particulière de ces organes, les infusions se sont montrées excellentes pour le relèvement de l'état général ; elles ont été particulièrement efficaces, quand les forces avaient diminué sous l'influence d'une affection aiguë intercurrente (grippe, bronchite). Ces injections seraient moins indiquées chez les malades qui refusent de manger.

Les injections d'eau salée possèdent une action très calmante dans l'excitation accompagnée de cachexie (excitation de la paralysie progressive, de la démence précoce).

Elles se recommandent particulièrement dans l'insomnie rebelle.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale dans les départements.

Le système de la faillite annuelle

Sainte-Cécile, le 25 février 1904.

A Monsieur le Président et à Messieurs les membres de la Commission d'Assistance du Conseil Général de Vaucluse.

Messieurs,

Au mois d'avril 1903, le bureau de notre Syndicat a été reçu par votre Commission, réunie dans la salle du Conseil général, pour y étudier les voies et moyens de concilier les intérêts du Corps médical avec les exigences du budget de 1903. Après un examen approfondi de la question nous décidâmes, d'un commun accord, que — *en attendant, pour 1904 et les années suivantes, une réorganisation complète et définitive du service de vérification et de rémunération des comptes de l'assistance*, — la réduction nécessitée par l'insuffisance momentanée des crédits serait étendue indistinctement à tous les mémoires du ressort de l'assistance médicale, c'est-à dire à ceux des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes. Répartie sur tous, la réduction tombait du 47 au 20 pour cent, et, bien qu'inacceptable en principe, ce moyen terme, consenti par les intéressés, constituait un terrain d'entente transitoire, permettant au corps médical d'attendre les réglementations promises et dues, et au Conseil général de faire face à tous les engagements dès 1904. Au mois de novembre 1903, le Conseil général a ratifié cette manière de voir par une délibération qui demandait, pour 1903, la réduction de tous les mémoires afin de ne pas imposer aux médecins seuls la charge du déficit. C'est cette délibération que M. Combes, ministre de l'Intérieur, a refusé d'approuver, et nous nous trouvons, de ce fait, sous le coup d'une réduction nouvelle bien supérieure encore aux précédentes.

La situation qui nous est ainsi faite, après toutes nos protestations et tous nos sacrifices, est inadmissible, et vous-mêmes, Messieurs, qui avez reconnu la justesse de nos réclamations et qui vous êtes associés à nos démarches de toute l'autorité de vos décisions, ne pouvez consentir à la consécration, même passagère, d'une pareille injustice.

Monsieur le Ministre reconnaît, d'ailleurs, l'illégalité de la mesure, il la condamne rigoureusement et il ne cache pas sa surprise de la voir encore en vigueur dans Vaucluse (1). Ces raisons l'empêchent d'étendre un précédent fâcheux aux pharmaciens et aux sages-femmes. Nous avons, en ce cas, la satisfaction de voir M. le Ministre partager notre opinion première, et reproduire exactement, dans ses dépêches, les arguments que nous vous avons exposés pour établir nos droits. Mais nous avons lieu de regretter que la conclusion de ces dépêches constitue, avec leur exposé clair et précis, une contradiction flagrante, par l'exception qu'elle comporte, à notre préjudice, dans le seul but de *permettre, sans retard, la liquidation du budget de* 1903. La réduction qui, de ce fait, pèse sur nos mémoires, dépasse 48 pour cent ! Aucun commentaire ne peut arriver à la triste éloquence de ces chiffres.

Vous savez, Messieurs, tout ce que nous avons fait pour protéger nos confrères contre de tels aléas ; vous savez ce que nous avons sacrifié de temps et dépensé d'énergie. Réunis, d'abord, une poignée, avec la résolution de grouper tout le corps médical dans un même sentiment de solidarité, nous avons, en quelques jours, formé un Syndicat dont la vitalité s'affirme de plus en plus. A la communauté des intérêts, nous avons répondu par la communauté des efforts, et c'est au nom de presque tous les médecins de Vaucluse que nous pouvons aujourd'hui vous confier à nouveau une cause qui vous est déjà connue et à laquelle votre sincère amour de la justice vous a si obligeamment attachés.

Nous avons voulu aller jusqu'au bout de notre tâche et nous avons examiné avec soin tous les moyens qui s'offrent à nous de trancher cette dernière difficulté. Un seul nous semble pratique, en nous donnant en partie satisfaction sans imposer au département une trop lourde charge. Alors qu'il faudrait dix-sept mille francs pour combler entièrement le déficit, nous demandons à Mes-

(1) N. D. L R. — Nous savons depuis longtemps comment les ministères sont renseignés sur ces questions.

sieurs les Conseillers généraux de voter seulement la moitié de cette somme en un crédit supplémentaire qui sera réparti au prorata de nos mémoires pour solde de la somme qui nous est due. Nous subirons encore la moitié de l'énorme réduction, mais le département se libérera du même coup des obligations de plus en plus considérables qu'il a contractées à notre égard depuis 1898, grâce à un moyen défectueux de rémunération et de contrôle, provoquant, comme le dit expressément M. Combes, « *une faillite annuelle* » dont nous restons les créanciers.

Une mutuelle concession nous permet donc de résoudre amiablement une question aussi pénible pour vous que pour nous-mêmes, et nous ne doutons pas que vous soyez nos interprètes auprès de l'Assemblée départementale pour hâter cette solution dès la session d'avril.

Il peut se trouver quelqu'un au sein du Conseil général (surtout s'il y a des médecins ou des pharmaciens) qui proteste, avec raison, contre les auteurs des mémoires exagérés qui majorent sans scrupule des notes fantaisistes au grand détriment de leurs confrères plus consciencieux.

Ce sont là des abus à réprimer. Mais pas une voix ne peut s'élever contre le bien-fondé de notre démarche, et le Conseil général tout entier — bien qu'ayant à la fois le désir de favoriser les lois si humanitaires d'assistance et le souci de ménager les finances départementales — comprendra qu'en la matière si délicate de rétribution de travail et de fixation d'honoraires, il y a des limites de réduction que l'on ne peut dépasser sans porter gravement atteinte à la dignité professionnelle de ceux qui en sont victimes.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et Messieurs les membres de la Commission d'Assistance, l'expression de nos sentiments les meilleurs et les plus distingués.

Le Bureau du Syndicat Médical de Vaucluse.

Les feuilles d'ordonnance.

Leur cachet d'authenticité

Par le Dr DESESQUELLE.

Nos lecteurs me pardonneront de revenir une troisième fois sur cette question d'ordre essentiellement pratique, et de reproduire un article intitulé ; *Morphinomanie*, qui vient de paraître sous la signature de M. V. RIÈTHE dans le *Bulletin de la Chambre syndicale et Société de prévoyance des pharmaciens de Paris et du département de la Seine*, numéro du 20 novembre 1903, et qui semble donner raison aux propositions que M. HONNORAT et moi avons faites pour éviter les ordonnances apocryphes :

« Il s'est produit depuis quelque temps, à Paris, des faits qui paraissent devoir attirer très sérieusement l'attention des pharmaciens.

« On sait qu'il existe dans la capitale, comme du reste dans toutes les grandes villes, des gens faisant un usage immodéré de morphine, de cocaïne, de haschisch, d'éther, de tous les stupéfiants, de tous les narcotiques, de tous les excitants possibles. Les journaux les mieux informés nous ont révélé l'existence d'un certain nombre de petits salons orientaux où l'on fume l'opium et où des *afficionados* en quête de sensations troublantes voisinent, cousinent et marchent en rêve... vers l'abrutissement le plus complet.

« Grand bien leur fasse !

« La police a l'œil, dit-on, sur ces endroits mystérieux, sur ces exquises griseries. — C'est parfait !

« Voici que les tribunaux, eux-mêmes, apportent une remarquable sévérité à réprimer l'abus de la morphine. A maintes reprises et tout dernièrement encore, ils se sont montrés impitoyables vis-à-vis de pharmaciens coupables d'avoir délivré de la morphine sans ordonnance.

« Cette sévérité même trouve un écho favorable dans le public : et nos confrères sont menacés, s'il se laissent aller, de toutes sortes de chantages dont le fatal et précieux alcaloïde fait les frais.

« Le pharmacien tombé dans les griffes d'un client occasionnel y va de la forte somme... ou bien on le poursuit.

« Qu'on y prenne garde, je le répète ; il y a en ce moment une mentalité qu'excite singulièrement un procès tout récent.

On ne doit pas délivrer de solution de morphine ; la loi est formelle.

« On ne doit pas davantage renouveler de solution de morphine, sans que l'ordonnance porte la mention authentique ou apparemment authentique « à renouveler ».

« Et les pharmaciens feront bien de prendre toutes les précautions possibles pour contrôler cette authenticité.

« Tant que les médecins ne se seront pas imposé ou tant qu'on ne leur aura pas imposé l'obligation de libeller leurs ordonnances sur des feuilles portant leur en-tête, les pharmaciens seront exposés à se trouver dupes de faussaires experts.

« Et lorsque cette condition sera remplie, lesdits artistes pousseront aux pharmaciens d'autres colles, en se procurant des feuilles blanches avec suscription ou en-tête imaginaire.

« Ce que nos confrères doivent rechercher, ce sont évidemment les éléments, autres que la signature, qui caractérisent l'ordonnance apocryphe ; la rédaction, l'orthographe, l'aspect général, ce je ne sais quoi où le pharmacien flaire la fraude, à laquelle, sous aucun prétexte, il ne doit s'associer.

« Il ne faut pas que l'on puisse dire que, par instinct de lucre ou par crainte de perdre une occasion de vendre, les pharmaciens favorisent un vice qui aboutit, en définitive, à la négation même de toute thérapeutique, outre qu'il avilit son sujet, chez lequel il détruit toute individualité, tout sens moral.

« Se laisser aller à des complaisances en pareille matière, c'est agir contre les intérêts généraux de la profession, c'est commettre une faute qui peut être singulièrement préjudiciable à ses intérêts particuliers ; c'est se condamner, enfin, à « ne pas dormir sur ses deux oreilles » ; ce qui fut, de tout temps, mes amis, le plus grand ennui du monde.

« V. RIÈTHE. »

Quelle que soit la clairvoyance du pharmacien, il lui sera souvent impossible de discerner les *éléments, autres que la signature, qui*, d'après M. V. RIÈTHE, *caractérisent l'ordonnance apocryphe ; la rédaction, l'orthographe, l'aspect général, ce je ne sais quoi où le pharmacien flaire la fraude.* L'astuce des faussaires trouvera bien le moyen de

dépister le flair du pharmacien, fût-il doublé de celui d'un artilleur.

Comme M. HONNORAT, je ne vois qu'une mesure pratique capable de s'opposer à ces supercheries, c'est l'adoption d'un *timbre spécial, officiel et obligatoire*, pour la délivrance des substances toxiques.

E. DESESQUELLE.

Le Concours de médecin-chirurgien des petits hôpitaux de province

Des lecteurs nous ont demandé récemment de publier le programme des Concours médicaux pour nos hôpitaux de petite ville, en nous rappelant qu'une circulaire ministérielle de 1899 presse les commissions administratives de recourir désormais à ce mode de recrutement, de préférence à tout autre.

Nous sommes allés à la recherche de ce programme type au Ministère de l'Intérieur et nous avons appris qu'il n'existait pas. On laisse évidemment aux Facultés ou Ecoles dans le ressort desquels se trouve l'hôpital, toute latitude pour l'organisation des Concours.

Est-ce un bien ? Est-ce un mal ? En tout cas, c'est un fait. A titre de spécimens, nous publions les conditions d'organisation d'un récent concours institué par la Commission des hospices de Vienne (Isère) devant la Faculté de Lyon, et d'un autre qui aura prochainement lieu à Amiens pour les hospices de Boulogne-sur-Mer.

HOSPICE DE BOULOGNE-SUR-MER

Concours pour une place de chirurgien-adjoint

La Commission administrative des Hospices de Boulogne-sur-Mer donne avis que le 27 juin 1904, à 9 heures du matin, il sera ouvert à Amiens, à l'Hôtel-Dieu, un Concours public pour la place de Chirurgien-adjoint dans les Hôpitaux de Boulogne-sur-Mer.

Ce Concours aura lieu devant un Jury composé de trois chirurgiens des hôpitaux d'Amiens.

Les épreuves consisteront en :

1° Examen de 3 malades dont 2 atteints d'affections chirurgicales et une malade d'obstétrique ;

Il sera accordé aux candidats dix minutes pour l'examen de chaque malade, cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition orale de chaque cas ;

2° Deux épreuves de médecine opératoire.

En outre, les candidats seront autorisés à faire la preuve de leurs connaissances microscopiques et bactériologiques ; le Jury en tiendra compte aussi bien que de leurs titres scientifiques.

Le Président du Jury fera un rapport sur les opérations du Concours et présentera les candidats en indiquant leur ordre de classement à la Commission administrative qui prononcera la nomination.

Commission d'admission

Pour se présenter au Concours, les candidats devront réunir les conditions suivantee :

1° Etre français ;

2° Avoir le diplôme de Docteur en médecine, conféré par une Faculté française, depuis quatre ans au moins ; toutefois, chaque année d'internat dans un service de chirurgie des Hôpitaux de l'Assistance publique de Paris comptera pour une année de pratique ;

3° Etre âgé de 26 ans au moins.

Les candidats devront déposer leur acte de naissance, un certificat de bonne vie et mœurs, récemment délivré par le Maire de la commune où ils résident, une demande contenant : 1° l'engagement de se conformer aux règlements des Hôpitaux faits ou à faire ; 2° leur diplôme de Docteur, l'indication de leur résidence depuis l'obtention de ce diplôme et une notice sur leurs titres, travaux et services antérieurs ; le tout à remettre au Secrétariat de l'Administration des Hospices de Boulogne-sur-Mer, rue Saint-Louis, avant le 11 juin.

Le registre sera clos le 11 juin 1904.

Fonctions et attributions

Le titulaire, qui recevra un traitement de cinq cent francs par an, entrera en fonctions un mois après avis de sa nomination.

Il devra être présent à la visite quotidienne du chef de service qu'il assistera et remplacera au besoin.

Il aura dans ses attributions la chirurgie de garde et veillera à tous les détails du service.

La succession du chirurgien titulaire lui est assurée.

Pour toutes les autres conditions, prière de s'informer au Secrétariat des Hospices.

Les administrateurs des Hospices : E. Boyard, vice-président ; P. de Beaumont ; Dr Filliette ; A. Baignol ; Ch. Ternisien ; Dramard.

HOSPICES DE VIENNE (ISÈRE)

Concours pour deux places de médecins-chirurgiens-suppléants

Lundi 23 Novembre 1903

La Commission administrative des Hospices de Vienne donne avis que le lundi 23 novembre 1903, à 8 heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour la nomination de deux Médecins-Chirurgiens-Suppléants des Hospices de Vienne.

Ce Concours aura lieu devant la Commission administrative des Hospices de Vienne, ou son délégué assisté d'un Jury médico-chirurgical.

Il comprendra cinq séances :

Première séance : Epreuve d'anatomie et de physiologie, à traiter par écrit.

Deuxième séance : Epreuve de pathologie et de thérapeutique médicales à traiter par écrit.

Troisième séance : Epreuve de pathologie et de thérapeutique chirurgicales, à traiter par écrit.

Quatrième séance : Consultation orale sur un malade atteint d'un affection médicale ou chirurgicale choisi par le jury.

Cinquième séance : Consultation écrite sur un malade atteint d'une affection médicale ou chirurgicale choisi par le jury.

La question à traiter dans chaque séance, sera la même pour tous les concurrents ; l'un d'entre eux désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été déposées les questions adoptées par le jury en séance secrète.

A la fin des épreuves et après le vote du Jury, la Commission administrative nommera, s'il y a lieu, les deux Médecins-Chirurgiens-Suppléants.

Conditions d'admissions au concours

Les candidats devront :

1° Se faire inscrire, à leur choix, soit au bureau du secrétariat des Hospices de Vienne, soit au bureau du secrétariat général des Hospices civils de Lyon, à l'Administration centrale, passage de l'Hôtel-Dieu, n° 56. — Les registres d'inscription seront clos le 5 novembre, à 4 heures du soir. — A partir de cette date l'entrée à l'Hôtel-Dieu et à l'Hospice de la Charité de Lyon, est interdite aux candidats.

2° Nul ne pourra concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, s'il n'a satisfait à la loi militaire, et s'il n'est porteur d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par l'une des facultés de médecine de France.

3° Les candidats devront déposer, en se faisant inscrire, leur acte de naissance, leur diplôme de docteur et, s'ils ne demeurent ni à Lyon ni à Vienne, un certificat de bonne vie et de mœurs, récemment délivré par le Maire de la commune où ils résident.

4° Les candidats prendront connaissance, avant de concourir, des règlements des Hospices de Vienne et des délibérations prises par la Commission administrative, à l'occasion du Concours ; ils signeront un engagement d'observer, en cas de nomination, le règlement actuel et ceux qui pourraient être édictés par la Commission administrative, spécialement ceux qui seraient relatifs à la répartition des services ou aux attributions qui leur seraient confiées.

Ils pourront, en outre, déposer au bureau de l'un des deux secretariats généraux, leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés, concernant la médecine ou la chirurgie ; ces documents seront soumis au Jury.

Services et honoraires.

Les deux Médecins Chirurgiens-Suppléants, désignés par le résultat des épreuves du Concours, seront nommés pour une période de dix-huit années, qui courront à partir du 1er janvier 1904.

Le traitement du Médecin-Chirurgien Titulaire est de 600 fr. par année. Celui des Médecins Chirurgiens Suppléants sera de 300 fr..

Les Médecins-Chirurgiens-Suppléants, pendant la durée de leur Suppléance, seront chargés alternativement, soit des services intérimaires, soit de tout autre service que l'Administration hospitalière jugerait à propos de leur confier.

Le Suppléant nommé en première ligne deviendra de plein droit titulaire, au plus tard le 1er janvier 1912, ou à une époque plus rapprochée, dans le cas où il surviendrait une vacance de titulaire. Le suppléant nommé en seconde ligne deviendra Titulaire à son tour à la vacance suivante, sans qu'il soit possible d'en déterminer la date ; toutefois à partir du 1er janvier 1912, il sera alloué à ce dernier un traitement égal à celui du titulaire, soit 600 francs annuellement.

Leur entrée en fonctions, comme Médecins-Chirurgiens-Titulaires, à une date plus rapprochée que celle prévue ci-dessus, ne préjudiciera en rien à la durée de leurs fonctions qu'ils rempliront pendant dix-huit années, soit comme suppléants, soit comme titulaires.

Vienne, le 6 avril 1903.

Les Membres de la Commission Administrative des Hospices de Vienne : F. Bresse, maire, président ; A. Bussy, vice-président ; E. Reymond ; L'Huillier ; G. Dumas ; Nicaise et Ducros.

JURISPRUDENCE MEDICALE

Quand les juges de paix ne se font pas suppléer par des avocats des Compagnies d'assurances, nous obtenons, comme ci-dessous des sentences vraiment équitables.

Tribunal de paix du XIXe arrondissement de Paris

Libre choix du médecin par le blessé. — Détournement de clientèle.

AUDIENCE DU 24 FÉVRIER 1904.

Dr de F. de B. contre W. et P. et Cie.

Le tribunal, jugeant en dernier ressort,

Attendu que W.., victime d'un accident du travail au service de P. et Cie a réclamé les soins du Dr F... de B... remplaçant le Dr M., médecin de la Société de secours mutuels dont fait partie W ;

Attendu que l'ouvrier n'a fait en cela qu'user de la faculté, que lui accorde la loi, de choisir son médecin ;

Attendu que P... et Cie prétendent que W... avait suivi, au service médical et au service de massage de la Compagnie d'assurances, la *Mutualité Industrielle*, le traitement que comportait son état, et soutiennent ne rien devoir au Dr F... de B.;

Mais attendu que la vérité est que W... s'est adressé tout d'abord au Dr F... de B... ; que c'est seulement dans les jours suivants, que le médecin de la Compagnie d'Assurances s'est présenté au domicile de W..., sans avoir été appelé par ce dernier ; que ce médecin a agi contrairement aux règles professionnelles en envoyant le blessé au service médical de la Compagnie d'assurances, alors qu'il n'ignorait pas que ce dernier avait déjà son propre médecin ;

Attendu qu'il y avait là véritable tentative de détournement de clientèle ;

Mais attendu que si W.., à la suite de la demande faite par le médecin de la Compagnie, s'est présenté quelquefois au service médical et de massage de la dite Compagnie, les défendeurs n'établissent par aucun document qu'il y avait suivi un traitement continu et sérieux.

Qu'en tous cas, W... n'a point renoncé aux soins du médecin qu'il avait choisi primitivement et à qui il continuait sa confiance ;

Attendu que, dans ces conditions, il y a lieu d'accueillir le principe de la demande formée par le Dr de F... de B..., etc., etc.

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE
ET LA RÉCLAME CHARLATANESQUE

Une lettre entre mille

Monsieur et très honoré confrère,

Une dame, que j'ai reçue dans mon cabinet, ce matin, m'apporte une lettre si instructive que je ne puis résister au désir de vous en envoyer une copie exacte. J'y supprime cependant le nom du médecin, que je tiens à votre disposition : c'est bien le moins, lorsque le corps médical présente des infirmités semblables, qu'on les cache.

Dr X. N., le 9 avril 1904.

Tous les jours de 1 à 3 h.
Dimanches et fêtes exceptés.

Madame,

Je suis très peiné de ce que vous me dites. Si vous ne pouvez pas supporter les remèdes, il n'y a plus de ressources que dans le magnétisme ou dans les prières.

Pour suivre une cure magnétique, vous êtes trop éloignée, car il vous faudrait venir à N. au moins tous les deux jours. Pensez-y. Je soigne deux malades atteintes de cancer par le magnétisme et elles s'en trouvent mieux qu'avec les remèdes. Pour les prières, vous pourriez vous adresser à l'abbé Julio, 111, rue de Fontenay, à Vincennes (Seine). Je connais des personnes qui ont vu chez lui des malades guéries du cancer. Si vous voulez une consultation de lui, envoyez-lui une mèche de vos cheveux, un petit linge que vous aurez porté sur le sein malade depuis 24 h. au moins et un mandat de 10 fr. pour son médium. Donnez-lui aussi nom, prénom et âge. Il vous dira si vous pouvez guérir et ce que vous devrez faire pour cela. Voilà les conseils que je

me permets de vous donner dans l'intérêt de votre santé. Votre dévoué,

Dr X.

Enfoncés Doyen et son sérum ! Il faut vous dire que ce Dr se dit spécialiste de cancers et que la cliente en question a un cancer du sein.

Il faut que j'ajoute que la présente lettre l'a dégoûtée de son médecin, car elle est intelligente.

Si je vous envoie cette copie, c'est dans un double but. Le premier (et je crois que je l'atteindrai) c'est de vous faire dilater un peu la rate, à première lecture au moins, car, à la seconde, ça devient écœurant ; le second, c'est pour que vous voyiez s'il n'y aurait pas moyen, dans l'intérêt de l'humanité et de..... nos confrères de Vincennes, de faire pincer le citoyen Julio. J'ose compter sur un mot de réponse de vous dans le *Concours* ou par lettre, et vous prie de me croire tout dévoué à vous et à votre œuvre d'assainissement et de défense. Dr X.

REPORTAGE MÉDICAL

Les soins médicaux gratuits aux gendarmes. — L'Union des Syndicats répondait dernièrement à un de ses correspondants que cette gratuité n'avait pas de raison d'être et qu'elle était d'origine relativement récente. On pourrait ajouter que les raisons qui l'ont fait passer à l'état d'habitude ne sont pas d'une origine des plus louables et que la pure générosité n'en fut pas le facteur essentiel.

Du danger de responsabilité de l'anesthésie. — Un médecin de Paris est inquiété à cette heure pour n'avoir pu éviter un décès survenu au cours d'une opération sous le chloroforme. N'empêche qu'il est des Compagnies d'assurances et des clients avares qui trouvent exagérée notre prétention de faire rétribuer au moins d'un modeste louis cet acte de pratique qui nous expose à de si graves mécomptes.

Au Havre, un médecin ayant injecté une solution de cocaïne au 50e alors qu'il la croyait dix fois plus faible, s'est vu condamner à deux cents francs d'amende. Et il est des gens, même des experts d'occasion et des magistrats non renseignés, qui ne comprennent pas que c'est cette question de responsabilité qui domine tous nos tarifs.

Le service des étudiants en médecine en Italie. — En Italie, les étudiants en médecine peuvent, s'ils le désirent, se soumettre aux obligations militaires communes ; ils suivent, dans ce cas, le sort de leur classe. Lorsqu'ils ont obtenu le diplôme de docteur, *laureati in medicina e chirurgia*, ils sont nommés sous-lieutenants médecins de complément (c'est-à-dire de réserve) à condition d'avoir justifié de leur aptitude à cet emploi.

Dans les deux ans qui suivent leur nomination, ils sont astreints à un stage de trois mois.

En général, les étudiants en médecine aptes au service préfèrent demander des sursis d'appel. Leur doctorat conquis, tous, sans exception, sont convoqués, au mois de novembre suivant, à l'Ecole d'application de santé militaire qui fonctionne à Florence. Ils portent le titre de « élèves officiers-médecins », suivent pendant huit mois des cours théoriques et pratiques et, après examens, sont nommés sous-lieutenants-médecins de complément.

Après un mois de repos, ils accomplissent une année de service dans un régiment, mais contribuent au fonctionnement de l'hôpital de leur garnison, dont ils assurent le service de garde.

Cette période terminée, on prend parmi ces docteurs 20 à 35 — et ce sont, en général, les premiers de la promotion — qu'on nomme médecins dans l'armée active. Les autres retournent dans leurs foyers, en congé illimité. Ils sont inscrits dans l'armée active jusqu'à trente-deux ans, et dans la milice mobile jusqu'à trente-neuf ans, et même jusqu'à quarante-cinq ans, s'ils le demandent. Ceux qui consentent à effectuer un stage de quelques mois et à subir des examens d'aptitude peuvent être nommés lieutenants, puis capitaines-médecins de réserve.

Les résultats de cette façon d'opérer sont appréciés en ces termes par M. Antony :

« En soumettant tous les médecins à une instruction technique uniforme, l'autorité italienne a su créer un corps médical homogène et parfaitement apte à remplir ses obligations militaires ; c'est un résultat des plus favorables au bon fonctionnement du service de santé en campagne.

« L'effectif du corps de santé a été réduit dans ces dernières années, on a augmenté, par contre, la proportion des grades supérieurs. Une notable partie des sous-lieutenants médecins appartient à la réserve. »

Ainsi donc, en n'appelant sous les drapeaux les étudiants en médecine qu'après leur réception au doctorat, l'Italie a obtenu les résultats suivants :

1° Homogénéité du corps de santé militaire ;

2° Personnel médical en quantité suffisante pour assurer le service de santé, y compris la garde dans les hôpitaux militaires ;

3° Personnel médical de réserve à hauteur de son service en cas de guerre ;

4° Réduction de l'effectif des médecins du cadre actif, avec augmentation de la proportion des grades supérieurs ;

5° Inutilité d'une école spéciale du service de santé militaire pour assurer le recrutement du corps de santé, où se portent les meilleurs des jeunes médecins.

L'exemple serait bon à suivre puisqu'il y aurait tout à la fois meilleur rendement et économie. (*Bulletin médical*).

Ecole principale du service de santé de la marine. — Le concours d'admission à l'Ecole principale du service de santé de la marine aura lieu cette année à Brest, Rochefort et Toulon, le 1er août. Le programme sera le même que celui fixé pour 1902.

Nul ne peut être admis au concours :

1° S'il n'est Français ou naturalisé Français ;

2° S'il est âgé de plus de vingt-quatre ans ou de moins de dix-huit ans au 1er janvier qui suit la date du concours, c'est-à-dire pour le concours de 1904, que la date de sa naissance doit être comprise entre le 1er janvier 1881 et le 31 décembre 1886.

La limite d'âge pourra être reculée d'un an pour les candidats ayant accompli une année de service.

3° S'il n'a été vacciné avec succès ou s'il n'a eu la petite vérole ;

4° S'il n'est robuste, bien constitué, et s'il est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire ;

5° S'il ne vient d'accomplir une année d'études médicales dans une des écoles de médecine navale de Brest, Rochefort ou Toulon. L'autorisation de concourir pourra être accordée aux jeunes gens présents sous les drapeaux qui auront accompli une année d'études médicales dans une des trois annexes, immédiatement avant leur départ pour le service.

Les jeunes gens qui se destinent à la carrière pharmaceutique doivent justifier, pour l'admission au concours, qu'ils ont subi, avec succès, l'examen de validation de stage officinal.

Les candidats doivent produire un certificat de bonne vie et mœurs et, s'il y a lieu, l'autorisation des parents ou tuteurs. Ils ont, de plus, à indiquer le port militaire dans lequel ils désirent passer le concours d'admission.

Chaque demande doit être en outre accompagnée :

1° D'une déclaration sur papier timbré, par la-

quelle les parents, père, mère ou tuteur, s'engent à payer au Trésor public, par trimestre et d'avance, une pension annuelle de 700 francs ;

2° D'un second acte sur papier timbré, portant engagement de payer le trousseau, les livres et les objets nécessaires aux études.

Ces deux engagements, qui deviennent nuls en tout ou en partie en cas de concession d'une bourse ou d'une demi-bourse, d'un trousseau ou d'un demi-trousseau, doivent être libellés comme l'indiquent les modèles 1 et 2 annexés aux instructions en vigueur.

Toutes ces conditions sont de rigueur et aucune dérogation ne peut être autorisée.

Les candidats auront, en vue du concours du 1er août prochain, à demander leur inscription au Ministre de la marine, en fournissant les pièces cidessus mentionnées.

La liste d'inscription sera close le 15 juillet.

Le prix de la pension est de 700 francs par an ; celui du trousseau de 775 francs pour la première année, de 265 francs pour la deuxième année et de 260 francs pour la troisième année.

Les livres, instruments et objets nécessaires aux études sont compris dans le trousseau.

Le danger de l'exercice illégal pour la santé publique. — En Allemagne, le Tribunal d'Empire (Cour d'appel) vient de rectifier un jugement du tribunal de première instance qui acquittait une rebouteuse, « parce que le traitement institué par elle n'avait pas nui à la santé de l'enfant ».

Les juges d'appel qui ont condamné cette femme font ressortir que « l'on ne nuit pas seulement à la « santé de quelqu'un en provoquant une maladie, « mais aussi en empêchant de prendre les mesures « nécessaires pour guérir cette maladie. Aussi, l'ac- « cusée, en entreprenant le traitement et en empê- « chant la mère d'appeler en temps utile un méde- « cin, s'est-elle rendue responsable du dommage « qui en est résulté pour la santé de l'enfant ».

Ne pourrait-on pas s'habituer en-deçà du Rhin à laisser ainsi parler le bon sens et l'évidence comme le fit la Cour d'appel allemande ?

Projet de création d'une société française de chirurgie orthopédique. — Le programme du Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de Rouen portait à l'issue de la séance du samedi 9 avril : « Réunion des membres fondateurs de la Société française de chirurgie orthopédique».

Or, il n'a pas été constitué de société spéciale, mais on a décidé que le Congrès de chirurgie devait s'annexer une section spéciale de chirurgie orthopédique.

Serait-ce là un premier pas vers l'idée de ramener l'orthopédie du domaine commercial au domaine médical qui eût dû se la réserver, comme il devrait le faire aussi de l'optique et de l'électricité médicales et de toutes leurs applications, ne reconnaissant qu'au diplôme de pharmacien le droit de partager avec lui ?

Le nombre actuel des étudiants en médecine et en pharmacie. — Au cours de la présente année, le nombre des étudiants en médecine inscrits aux diverses Universités françaises atteint le chiffre de 6,686, dont 6115 Français. Paris en compte 3,496, Lyon 958, Bordeaux 654, Montpellier 552.

Sur les 571 étrangers, 197 viennent de la Perse, 89 de la Turquie, 63 de la Bulgarie et 57 de la Roumanie.

Il faut ajouter à ces nombres 202 étudiantes françaises et 64 étrangères, et 1558 jeunes gens qui fréquentent les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie. Soit, en tout, 8.610 étudiants.

Les étudiants en pharmacie sont au nombre de 3,014, dont 23 étrangers et 76 femmes.

(*Bulletin médical*)

Faculté et Hôpitaux.

Un concours pour deux places de *prosecteur* s'ouvrira le mercredi 25 mai 1904 à midi et demi à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls appelés à prendre part à ce concours.

Les prosecteurs seront nommés pour une période de 4 années.

—Un concours pour cinq places *d'aides d'anatomie* s'ouvrira le lundi 9 mai 1904, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves docteurs Français sont admis à prendre part à ce concours. Les aides d'anatomie seront nommés pour une période de 3 années.

— M. le Prof. Paul Reclus commencera le *cours de médecine opératoire* le mercredi 27 avril 1904 à 5 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et le continuera, les vendredis, lundis et mercredis suivants.

Objet du cours : Chirurgie d'urgence et Chirurgie journalière.

— M. le Prof. Le Dentu commencera le *cours de clinique chirurgicale* le vendredi 22 avril 1904 à 9 heures 1/2, à l'amphithéâtre Chomel et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Opérations après les leçons, et opérations gynécologique le jeudi à 9 h. 1/2.

— Un *cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie* aura lieu du 2 mai au 8 juillet 1904 à l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le Prof. Gaucher et avec le concours de MM. Balzer, de Beurmann, Castex, Queyrat, Hudelo, Morestin Gaston, Emery, Edmond Fournier, Milian, Terrier, Lacapère, Barbarin, Cathelin, Paris.

Le cours sera complet en 97 leçons.

Il aura lieu 2 fois par jour, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés.

Les droits à verser sont de 150 francs.

— M. Marcel Labbé commencera, le jeudi 5 mai, à 3 heures, au laboratoire de la clinique médicale de Laënnec, un *cours pratique sur l'examen du sang et des sérosités pathologiques* ; le cours se continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, et sera complet en 12 leçons.

Les droits à verser sont de 50 francs.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

— Un concours pour l'admissiou aux emplois de *médecins adjoints des asiles publics d'aliénes* s'ouvrira à Paris le 14 juin 1904.

Les candidats devront être Français, docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas être âgés de plus de trente-deux ans au jour de l'ouverture concours ; ils devront justifier d'un stage d'une année au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chef de clinique ou interne des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Elle devra parvenir le 15 mai 1904, au plus tard, au ministère de l'intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance publique, 7 rue Cambacérès), qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours.

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de service, d'un exposé de ses titres, d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Le nombre des places mises au concours est fixé à dix. Il ne pourra dans aucun cas, être dépassé.

Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours.

Le Directeur-Gérant : D H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année — N° 18 — 30 AVRIL 1904



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

ASSOCIATION AMICALE

Procès-verbal de l'assemblée générale extraordinaire du 16 avril 1904.

Présidence du Dr MAURAT.

Présents : MM. Pamart (de Paris), Rothamel (à Pons), Moncorge (du Mont-Dore), Groussin (de Bellevue), Miltas (de La Souterraine), Henne (de Paris), Vignes (de Corbeil), Plateau (de Paris), Bourdon (d'Etrépagny), Mendel (de Paris), Clénet (d'Eugand), Mignon (Montaigu), de Saint-Cyr (La Celle St-Cloud), Faraggi (d'Huilles), Monin (d'Ivry-le-Temple), David (Claye-Souilly), Lepage (de Paris), Mouly (de Paris), etc.

Le président communique à l'assemblée les excuses de MM. Beauxis-Lagrave (d'Aulnay-les-Bondy), J. Albert, Bolliet, Grange, Aurand (de Lyon), Billon (de Dôle), Moreau (de Chatillon-sur-Sèvres), Gaston (de Vairé), Collinet (de Cozes), Clément (de Rumilly), Cartade (d'Estagel), Paton (de Salindres), Thirard (d'Evreux), Talon, Morizot et Urpar (d'Arles), Bellencontre (de Paris), etc., etc.

Le président expose à l'assemblée qu'elle est réunie pour modifier les statuts de la Société, si elle le juge convenable et utile, dans le sens indiqué par la dernière assemblée annuelle et étudié dans le n° 15 du *Concours Médical*.

En réalité, les modifications importantes ne portent que sur deux points principaux : 1° modification de l'article 20 des anciens statuts ; 2° création d'une combinaison C; les autres modifications n'étant que la conséquence et la mise au point des différents articles des statuts par rapport aux deux modifications sus-indiquées. Après explications des membres du Bureau, de l'actuaire M. Fleury, et échanges d'observations entre eux et les confrères qui assistaient à la réunion, notamment MM. les Dr Plateau, Faraggi, Vignes, Baradat, les statuts nouveaux sont adoptés dans les termes suivants qui font loi à partir du 17 avril 1904 et que nos confrères devront méditer et conserver.

STATUTS

I. — *Association, son but, son siège.*

ART. 1er. — L'*Association amicale des médecins français pour l'indemnité en cas de maladie*, fondée et soutenue par le *Concours médical*, honorée du patronage et du contrôle de l'Association générale des médecins de France, et régie par les présents statuts, est ouverte à tous les médecins français ou naturalisés français, diplômés dans une faculté française et ayant adhéré à

l'une des sociétés agrégées à l'Association générale des médecins de France.

Art. 2. — Elle a pour but d'allouer une *indemnité pécuniaire* aux membres qui la composent, placés, par un *accident ou par la maladie*, dans l'impossibilité d'exercer leur profession, soit temporairement, soit d'une façon permanente.

Art. 3. — La durée de la Société est illimitée, ainsi que le nombre de ses membres.

Art. 4. — Le siège de la Société est à Paris, 23, rue de Dunkerque.

Art. 5. — La Société s'interdit formellement toute discussion politique ou religieuse, ainsi que tous actes étrangers à son but.

II. — *Sociétaires. Leurs obligations.*

Art. 6. — Les sociétaires prennent l'engagement de se conformer aux présents statuts et d'en assurer, au besoin, l'exécution.

Art. 7. — Les sociétaires doivent, en entrant dans l'Association, signer une *déclaration d'âge* : ils subissent un examen médical.

Art. 8. — La limite d'âge d'entrée dans la Société est variable selon la combinaison adoptée.

Elle est de 64 ans pour la combinaison A et de 50 ans pour la combinaison C.

Le montant de la cotisation annuelle varie avec l'âge d'entrée et avec la combinaison choisie.

Art. 9. — Tout sociétaire est libre de se retirer sur simple déclaration adressée, par lettre recommandée, au président du Conseil d'administration.

Art. 10. — Les Sociétaires qui sont en retard d'une année pour le paiement de la cotisation et qui, mis en demeure, par une lettre recommandée, ne se seront pas acquittés, cessent de droit de faire partie de la Société, sauf la réserve contenue à l'article 22.

Ils ne peuvent y rentrer qu'après un nouvel examen médical, aux conditions d'une admission nouvelle.

Ceux qui se libéreront à la fin de leur année de suspension devront, outre la cotisation arriérée, en payer les intérêts à 4 %, plus les frais de correspondance nécessités.

Art. 11. — Tout retard de plus d'un mois et de moins d'un an, dans le paiement de la cotisation, entraîne la suspension momentanée du droit à l'indemnité en cas de maladie : lequel droit ne sera acquis, de nouveau, qu'un mois après que le sociétaire se sera libéré.

Art. 12. — Tout sociétaire qui quitte la France, perd momentanément ses droits à l'indemnité, pendant son absence. Il peut toutefois continuer à payer la part de sa prime afférente à la retraite dans le but de se l'assurer à 65 ans.

Le séjour en Algérie ou en Tunisie n'entraîne aucune suspension des droits du sociétaire.

Les sociétaires sont tenus d'informer le président de tout changement de résidence.

Art. 13. — Tout médecin tombé malade ou blessé sous les drapeaux, et recevant de l'Etat les soins qui lui sont nécessaires, renonce au droit à l'indemnité.

Art. 14. — Tout sociétaire convaincu d'avoir causé, volontairement, un préjudice grave à la Société (tentatives de fraude) peut en être exclu par décision du Conseil d'administration, sauf appel devant l'Assemblée générale.

Art. 15. — Les Sociétaires, démissionnaires ou exclus, n'ont aucun droit au remboursement des sommes versées par eux, sauf pour la part afférente à la retraite dans la combinaison C.

Ces sommes restent acquises à la Société.

III. — *Admissions. Cotisations.*

Art. 16. — Pour être admis dans la Société, tout candidat doit : 1° justifier de son affiliation à l'une des Sociétés de secours mutuels agrégées à l'Association générale des médecins de France ; 2° présenter : un certificat d'examen médical, délivré par un médecin que lui désigne le Conseil

FEUILLETON

Premier Congrès Français de Climatothérapie et d'Hygiène urbaine.

Le Premier Congrès de Climatothérapie et d'Hygiène urbaine, vient d'avoir lieu à Nice du 4 au 9 avril. Donnons l'emploi de leur temps.

Les congressistes, venus non seulement de toutes les parties de la France, mais aussi en assez grand nombre de l'étranger se réunissent pour la séance d'ouverture au théâtre de l'Opéra de Nice le lundi 4 avril à 5 heures. Après avoir passé au secrétariat pour retirer les cartes, les rapports, les billets de chemins de fer à prix réduit que le Congrès avait mis à leur disposition, les congressistes se rendent dans la salle, et lorsque peu après 5 heures, le bureau fait son entrée, loges, parterre, baignoires, tout est à peu près plein et l'on remarque dans l'assistance un assez grand nombre de dames.

Après la *Marseillaise*, jouée par l'orchestre de l'Opéra, le Pr Chantemesse président, ouvre le Congrès et invite le prince de Monaco à s'asseoir à sa droite. M. Ranson, adjoint au maire de Nice, souhaite la bienvenue aux Congressistes ; M. le Dr Balestre, président de la Société Médicale du Littoral méditerranéen félicite les initiateurs du Congrès.

Le professeur Chantemesse trace à grands traits le programme, le but et l'utilité du Congrès et donne la parole au Dr Hérard de Bessé, secrétaire du Congrès qui en expose rapidement l'histoire et les origines. Puis M. Granet, préfet des Alpes-Maritimes souhaite la bienvenue aux Congressistes au nom du département. Enfin le prince de Monaco exprime en quelques mots tout l'intérêt qu'il porte au Congrès.

Après ces différents discours, entrecoupés d'applaudissements, la séance est levée à 6 heures.

Le mardi 5 avril, le Congrès, divisé en deux sections : Climatothérapie et Hygiène urbaine, commence ses travaux. A la section de Climatothérapie le Dr Chiaïs de Menton étudie, dans un rapport très documenté, le climat du littoral méditerranéen et expose toutes les observations qu'il a faites à ce sujet ; puis M. le Dr Manquat de Nice présente son rapport sur l'adaptation climatérique et nous montre comment les malades reagissent et s'accoutument au climat méditerranéen. Viennent ensuite des communications intéressantes, mais un peu particulières que nous ne pouvons faire connaître en détail(1).

(1) Le compte rendu détaillé de ces communications a paru dans le *Journal Médical du Littoral Méditerranéen*.

d'administration ; 3° ainsi qu'il est dit à l'art. 7, une déclaration d'âge signée par lui ; 4° il doit déclarer à laquelle des combinaisons A ou C (art: 19 et 21) il entend adhérer.

Le Conseil d'administration prononce sur son admission à la fin du trimestre.

Art. 17. — Pour participer aux avantages de l'indemnité en cas de maladie, le sociétaire doit payer chaque année, en deux fois, par semestre (1er janvier et 1er juillet) et d'avance, entre les mains du trésorier, qui en délivre quittance, une prime INVARIABLE *fixée* par les tableaux *d'après son âge d'entrée* et d'après la combinaison choisie ci-après.

L'âge d'entrée est celui qu'atteint le sociétaire dans l'année de son admission.

Le Trésorier fait recouvrer par la poste, sans autre avertissement, les cotisations qui ne lui sont pas parvenues le 10 janvier ou le 10 juillet. Dans ce cas, les quittances sont majorées pour frais de recouvrement, de 1 fr. 25, jusqu'à 60 fr., de 1 fr. 50, de 60 fr. à 100 francs, de 2 fr. au-delà de ce chiffre.

Art. 18. — Les membres admis au 1er avril et au 1er octobre versent immédiatement un quart de la cotisation, puis, à partir de juillet ou de janvier, ils rentrent dans la règle générale et versent par moitié aux époques régulières, janvier-juillet.

Cependant pour la combinaison C, la partie de cotisation afférente à la retraite ne peut être fractionnée et doit partir du 1er janvier précédant ou suivant la date d'admission, au choix du nouveau Sociétaire (la cotisation variant naturellement selon le cas).

Combinaison A.

Art. 19. — La combinaison A ne comprend que des médecins de 25 à 65 ans.

A ce dernier âge, le sociétaire cesse de payer sa cotisation et n'a plus droit à l'indemnité en cas de maladie.

Tableau A.

AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.	AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.
	fr.		fr.
25 ans	54	45 ans	80
26 —	55	46 —	82
27 —	56	47 —	83
28 —	57	48 —	85
29 —	58	49 —	87
30 —	59	50 —	89
31 —	60	51 —	91
32 —	61	52 —	93
33 —	62	53 —	95
34 —	63	54 —	97
35 —	65	55 —	99
36 —	66	56 —	101
37 —	67	57 —	103
38 —	69	58 —	105
39 —	70	59 —	107
40 —	72	60 —	109
41 —	73	61 —	112
42 —	75	62 —	114
43 —	76	63 —	116
44 —	78	64 —	118

COMBINAISON B.

Art. 20. — La combinaison B donne droit à l'indemnité de maladie pendant toute la durée de la vie du sociétaire. A partir du 17 avril 1904, le recrutement de la combinaison B est supprimé. Cette combinaison n'existe plus que pour les anciens adhérents dont la situation n'est pas changée.

Le tableau ci-dessous et les articles des statuts relatifs à cette combinaison ne sont maintenus que comme règle des parties.

Pendant ce temps, à la Section d'Hygiène urbaine, on discutait serré sur le rapport des Drs Balestre et Camous sur la désinfection urbaine, et l'on examinait en particulier chacun des modes de désinfection les plus usités, anhydride sulfureux, sublimé, formol, etc.

L'après-midi du mardi est destinée à la visite de Menton. Après une promenade dans Menton, depuis le Cap Martin jusqu'à Garavan, les Congressistes sont reçus à la salle de fêtes de la Mairie par M. Biovès, maire de Menton, et par le Dr Didier président de la société de Médecine de Menton qui, au nom de la municipalité et du Corps médical mentonnais, leur souhaitent la bienvenue. On se sépare ensuite pour aller dîner dans les différents hôtels et après avoir parcouru la fête nocturne donnée en leur honneur au jardin public, les Congressistes reprennent le train pour Nice.

Le mercredi matin, la séance du Congrès s'ouvre par la lecture des rapports. Les Drs Barety, de Nice, et Guiter, de Cannes, y étudient longuement l'influence du climat méditerranéen sur l'évolution de la tuberculose et en tirent des conclusions intéressantes sur les cas qu'il convient d'envoyer sur le littoral et sur les cas qu'il convient au contraire d'en éloigner. A la discussion de ces rapports, fait suite la lecture des communications inscrites au programme du jour. Pendant ce temps, la section d'hygiène urbaine s'occupe pareillement des communications et à 11 heures 1/2, on lève la séance.

L'après-midi est occupé par la visite de la principauté de Monaco. Les congressistes, amenés par un train spécial, se dispersent au sortir de la gare et s'en vont par groupes, sous la conduite des médecins de la principauté, visiter les diverses parties de la ville : Musée Océanographique Hôpital, Usine d'incinération des ordures ménagères, Exposition des canots automobiles, etc. A six heures on se retrouve pour dîner dans les différents hôtels et de là assister à la représentation du *Marquis de Priola*, donnée en l'honneur des congressistes au Casino de Monte-Carlo.

Le jeudi, les congressistes restent à Nice ; ils partagent leur temps entre les travaux des sections dans la matinée et la visite de Nice. On discute longuement les rapports des Drs Huchard, Moriez et Triboulet sur l'influence du climat méditerranéen français sur le rhumatisme et les rhumatisants L'après-midi, à une heure, le docteur Verdalle de Cannes, fait une intéressante conférence sur les œuvres de prévoyance professionnelle et en particulier sur la Caisse des Pensions de retraites, sujet bien connu des lecteurs du *Concours* et sur lequel il est par conséquent inutile d'insister. Puis le Congrès rédige et vote ses statuts et l'on décide que le prochain Congrès se tiendra à Arcachon en

Tableau B.

AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.	AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.
25 ans	65 fr.	45 ans	101 fr.
26 —	67	46 —	104
27 —	68	47 —	106
28 —	69	48 —	109
29 —	70	49 —	112
30 —	72	50 —	114
31 —	73	51 —	117
32 —	75	52 —	120
33 —	76	53 —	123
34 —	78	54 —	126
35 —	80	55 —	129
36 —	82	56 —	133
37 —	84	57 —	136
38 —	86	58 —	139
39 —	88	59 —	143
40 —	90	60 —	146
41 —	92	61 —	149
42 —	94	62 —	153
43 —	96	63 —	157
44 —	98	64 —	165

Combinaison C.

Art. 21. — La combinaison C n'est accessible qu'aux médecins âgés de 25 à 50 ans.

L'indemnité maladie est accordée au sociétaire dans les mêmes conditions que pour la combinaison A, c'est-à-dire jusqu'à 65 ans.

Tableau C.

Prime annuelle payable jusqu'à l'âge de 65 ans. Pendant la période de paiement des primes, le sociétaire a droit, en cas d'incapacité de travail, aux indemnités prévues par les art. 19 à 34 des statuts. En cas de décès pendant cette période, on rembourse à ses héritiers, sur chaque prime annuelle versée, la somme indiquée dans le tarif ci-contre, colonne 4.

A partir de 65 ans, toute cotisation cesse d'être due, le sociétaire entre en jouissance de sa pension de retraite, ne reçoit plus aucune indemnité maladie, et la société ne rembourse rien aux héritiers.

AGE d'entrée	Nombre de primes à payer	Prime maladie (1)	Prime de retraite (2)	Prime de contre-assurance (3)	Somme remb. sur chaque prime versée en cas de décès avant l'âge de 65 ans (4)	Prime annuelle totale (5)
25	40	54	86	30	116	170
26	39	55	90	32	122	177
27	38	56	94	34	128	181
28	37	57	99	35	134	191
29	36	58	104	37	141	199
30	35	59	110	39	149	208
31	34	60	116	42	158	218
32	33	61	122	44	166	227
33	32	62	129	46	175	237
34	31	63	137	49	186	249
35	30	65	145	51	196	261
36	29	66	153	54	207	273
37	28	67	163	57	220	287
38	27	69	173	60	233	302
39	26	70	184	64	248	318
40	25	72	197	68	265	337
41	24	73	210	72	282	355
42	23	75	225	76	301	376
43	22	76	241	80	321	397
44	21	78	259	85	344	422
45	20	80	280	90	370	450
46	19	82	302	96	398	480
47	18	83	328	102	430	513
48	17	85	357	108	465	550
49	16	87	390	115	505	592
50	15	89	428	122	550	639

N. B. — Dans le total des primes annuelles à payer indiqué à la colonne (5), se trouve comprise une somme de 2 francs ajoutée pour couvrir les frais d'administration.

1905. Le soir, les congressistes sont conduits par un train spécial à la réception officielle du Prince de Monaco.

Le vendredi est consacré à la visite de Cannes et de Grasse. Les congressistes, partis de bonne heure de Nice, arrivent à Grasse et, après avoir rapidement visité la ville, reprennent le train pour Cannes où un banquet les attend. Au dessert, de nombreux toasts sont portés aux congressistes. Notons parmi eux celui du docteur Verdalle dont la chaleureuse éloquence est bien connue de tous les fidèles des réunions du « Concours » et de ses œuvres filiales. Les congressistes, à leur retour à Nice, vont assister à la soirée donnée en leur honneur par la municipalité.

Le samedi matin a lieu la dernière séance de travail. Le docteur Malibran, de Menton, communique au Congrès les résultats qu'il a obtenus dans le sanatorium de Gorbio, puis le docteur Vidal, d'Hyères, fait un rapport sur les œuvres antituberculeuses de bienfaisance qui se trouvent au voisinage d'Hyères. Enfin le docteur Rénon, de Paris, résume toutes les données de la cure de la tuberculose sur le littoral de la Méditerranée. Après audition de quelques communications, réunion à l'Hôtel Mantega pour le banquet final.

Au dessert de nombreux toasts, très applaudis, sont portés par les Drs Chantemesse, Magnin, Ehlers de Copenhague, Arnozan, Huchard, Hérard de Bessé, etc. L'on se rend ensuite à la salle de l'Opéra pour la séance de clôture et après la lecture du rapport du Dr Hérard de Bessé, secrétaire du Congrès et les discours des Drs Chantemesse et Huchard les congressistes se séparent en se donnant rendez-vous à Arcachon en 1905.

Dr Louis Gassot.

N. D. L. R. Notre correspondant nous dit, dans une lettre, n'avoir pu suivre *sans exception* tant de séances, d'excursions, de banquets, etc. Nous le croyons sans peine, car cela exige un tempérament que nous n'aurions pas nous-mêmes. Toutes nos félicitations aux solides confrères qui peuvent travailler utilement dans de pareilles conditions. Pour nous, ce serait un tour de force dont nous sommes absolument incapables sans un entraînement... que nous ne nous décidons pas à tenter.

A partir de 65 ans, il cesse d'avoir droit à l'indemnité de maladie et touche une rente viagère annuelle de 1200 fr.

Le sociétaire, moyennant une prime de contre-assurance fixée à la colonne 3 du tableau ci-dessous, *et qui est facultative*, assure à ses héritiers, s'il vient à décéder avant la date du premier terme de sa retraite, le remboursement de la totalité des primes de retraite versées par lui (colonne 4), mais sans intérêt et diminuées d'une somme annuelle de 2 fr. attribuée aux frais d'administration.

En aucun cas, les cotisations afférentes à l'indemnité de maladie (colonne 1) ne peuvent être remboursées.

Art 22. — Le sociétaire adhérent à la combinaison C, qui cesse de payer toutes primes perd son droit à l'indemnité-maladie, ainsi qu'il a été dit à l'article 10, pour la combinaison A.

Il conserve cependant le droit à une retraite réduite, proportionnelle au nombre de primes payées, sous la condition qu'il se soit acquitté de ces primes pendant cinq années consécutives au moins.

Art. 23. — Tout sociétaire peut passer de la combinaison A ou B à la combinaison C.

S'il appartient à la combinaison A, il lui suffit d'être âgé de moins de 50 ans (1), et de payer la prime supplémentaire fixée dans les colonnes (2 et 3) du tableau, à l'âge qu'il a lors de son changement de combinaison.

S'il appartient à la combinaison B, il doit être également âgé au moins de 50 ans, il lui est, au contraire, remboursé une soulte déterminée par la différence des primes B et A au même âge, depuis son entrée dans la Société (2).

Art. 24. — L'Association amicale pourra s'entendre avec la Caisse des pensions de retraite des médecins français pour faire assurer par cette dernière le payement des pensions viagères quand la dite Caisse des pensions aura modifié ses tarifs et les aura mis en concordance avec ceux de l'Amicale.

Art. 25. — Quels que soient le nombre des sociétaires et la combinaison choisie, il est toujours possible de ne souscrire qu'une demi-prime pour s'assurer une demi-indemnité ou une demi-retraite.

Art. 26. — Si, dans l'avenir, la Société arrivait à se créer des réserves importantes, l'assemblée générale pourrait, si elle le jugeait convenable, fixer un droit d'entrée pour les membres nouveaux.

Ce droit d'entrée devrait être proportionné à l'âge.

Art. 27. — Le droit à l'indemnité n'est acquis qu'à l'expiration du premier semestre de participation et après le second versement de cotisation.

Art. 28. — Les sommes versées à un titre quelconque restent définitivement acquises à la caisse, sauf les réserves contenues aux articles 22 et 23.

Art. 29. — *La Caisse de la Société n'est engagée vis-à-vis de ses sociétaires que jusqu'à concurrence de son avoir.*

Art. 30. — Tous les six ans au moins, il sera dressé un inventaire de la Société et, si cet inventaire montre que les réserves se sont abaissées à un chiffre insuffisant, l'Assemblée générale pourra augmenter le tarif des cotisations à verser, même par les membres admis.

Inversement, si cet inventaire montre que les réserves sont supérieures aux chiffres calculés nécessaires, l'Assemblée pourra diminuer le tarif des cotisations à verser.

IV. — *Incapacité de travail. Indemnité.*

Art. 31. — En cas d'incapacité du travail dûment constatée, la Société alloue à ses membres une indemnité quotidienne de 10 francs pendant 60 jours à partir du 5e jour qui suit la déclaration de la maladie. Le 5e jour est payé, mais il n'y a pas de rappel des quatre premiers jours.

Au delà du 60e jour et quelle que soit la durée de la maladie ou de l'incapacité de travail, le sociétaire reçoit :

Pour la combinaison A., 100 francs par mois jusqu'à 65 ans;

Pour la combinaison B., 100 francs par mois pendant toute sa vie;

Pour la combinaison C., 100 francs par mois jusqu'à 65 ans et, à partir de 65 ans une retraite annuelle de 1200 francs, sans aucune indemnité de maladie.

En outre, ses héritiers, en cas de décès avant 65 ans, ont droit, ainsi qu'il est dit à l'article 21, au remboursement des primes versées spécialement pour la retraite et contre-assurées.

En cas de rechute d'une même maladie dans un délai de moins d'un an, il ne sera accordé au sociétaire que l'indemnité mensuelle de 100 francs s'il a déjà antérieurement touché l'indemnité de 10 francs pendant 60 jours.

L'indemnité en cas de maladie et la pension de retraite peuvent être cumulées par le sociétaire avec les allocations qui lui seraient votées par l'Association générale.

(1) Pour les confrères qui ont plus de 50 ans, ils devront s'adresser au secrétaire général qui examinera chaque cas en particulier et une solution favorable sera donnée.

(2) Exemple : 1° Passage de la combinaison A. à la combinaison C. : le Dr X. est entré à 30 ans, en 1894; il s'est inscrit à A. et payait 59 fr. Il veut passer à C. en 1905. Il a alors 41 ans.

Il continuera à payer 59 fr. pour l'indemnité-maladie et il paiera 210 fr. pour la retraite, soit 269 fr. et, s'il veut contre-assurer ses versements, il paiera en outre 72 fr., soit en tout 341 fr.

2° Passage de la combinaison B. à la combinaison C. : le Dr Z. est entré à B. à 31 ans, en 1894; il payait 73 fr.

Il veut passer à C. en 1905. Il a alors 42 ans

Il ne payera plus que 60 fr. pour l'indemnité-maladie (combinaison A à 31 ans), il versera 225 fr. pour la retraite et 76 fr. pour la contre-assurance s'il la demande, soit en tout 361 fr.

Mais on lui restituera sur son premier versement le supplément de 13 fr. (différence de A à B à 31 ans), qu'il a payé pendant onze années, soit $13 \times 11 = 143$ fr. Il versera donc en 1905 la somme de 218 fr. et les années ultérieures 361 fr.

3° Le Dr C. est entré à A. en 1895; il avait 34 ans et payait 63 fr. En 1900, il a passé à B, il avait 38 ans et a payé dès lors 86 fr.

Il veut passer à C. au 1er janvier 1905 ; à 43 ans, il paiera 63 pour l'indemnité maladie, 241 fr. pour la retraite, 80 fr. pour la contre-assurance, soit 384 fr.

Sur la première cotisation, on lui restituera 5 fois 23 fr. qu'il a payés en trop pendant qu'il a figuré à la combinaison B.

Art. 32. — L'incapacité de travail donnant droit à l'indemnité maladie s'entend de l'impossibilité de sortir pour faire des visites.

Les consultations dans le cabinet restent autorisées, sauf pour les médecins qui bornent l'exercice de leur profession aux consultations. Pour ces derniers, il faut qu'il y ait impossibilité de tout travail.

Pour le médecin qui n'exerce plus la médecine, l'incapacité de travail s'entend de l'obligation de garder la chambre ou le lit.

Art. 33. — Le Sociétaire malade ne pourra toucher l'indemnité de maladie pour déplacement aux eaux, à la campagne, aux stations balnéaires ou hivernales, même utile au traitement, *à moins d'une décision spéciale du Conseil d'administration*, et sous la condition expresse qu'il ne donnera pas de consultations.

Art. 34. — Une déclaration, certifiée exacte par le médecin traitant, doit être adressée au Conseil d'Administration ou au correspondant de la Société pour la région, dès le début de la maladie, afin que le contrôle puisse en être fait en temps opportun.

Cette déclaration devra être faite dans un délai maximum de dix jours ; au delà de ce délai, le début de la maladie sera considéré comme partant du jour de la déclaration, à moins de raisons majeures qu'appréciera le Conseil d'administration.

Même formalité doit être remplie, dans le délai de trois jours, au moment de la guérison et de la reprise du travail.

Le sociétaire malade devra, en outre, faire parvenir, tous les 15 jours, au Secrétaire général un compte rendu de son état, avec indication de la date probable de la guérison et visa du médecin traitant.

Dans chacun de ces cas, une amende de 2 fr. sera infligée par jour de retard.

Ces amendes sont versées à la Caisse auxiliaire.

Art. 35. — En cas d'accident survenu par la faute d'un tiers, l'adhésion aux présents statuts subroge l'Association Amicale, jusqu'à concurrence des indemnités payées par elle, dans les droits du sociétaire vis-à-vis des tiers responsables du dommage causé.

V. — *Administration. Correspondants. Contrôle.*

Art. 36 — La Société est représentée, dans chaque département, par des délégués spéciaux et des correspondants désignés par le Conseil d'administration où, à leur défaut, par les bureaux des syndicats ou associations médicales.

Art. 37. — Ces représentants de la Société ont pour mission :

1° De recevoir les demandes d'admission ;

2° D'assurer la visite médicale et la délivrance du certificat demandé pour l'admission ;

3° D'assurer le contrôle de la durée de l'incapacité de travail ;

4° D'adresser au Conseil d'administration tous les renseignements qui peuvent lui être nécessaires.

Art. 38. — Le Conseil d'administration de la Société a toujours le droit de déléguer un médecin particulier, pour procéder aux constatations qu'il juge nécessaires.

Art. 39. — La Société est administrée par un conseil composé de six membres.

Cinq de ceux-ci, savoir : le président, le vice-président, le trésorier, le secrétaire général, et le secrétaire des séances sont élus par l'Assemblée générale au scrutin secret, à la majorité des votants présents et pour une période de 5 ans. Ils sont rééligibles.

L'autre place d'administrateur est réservée de droit au président de l'Association générale des médecins de France, ou, en cas d'empêchement de celui-ci, au représentant qu'il aura désigné.

Le vote par correspondance n'est pas admis.

Art. 40. — Les fonctions des membres du conseil d'administration sont gratuites.

Toutefois, les frais de voyage des membres du Bureau pour assister aux séances du Conseil, sont à la charge de la Société.

Des indemnités variables selon le développement de l'œuvre pourront en outre être attribuées au trésorier et au secrétaire général.

Art. 41. — Le Trésorier effectue les recettes, paiements, dépôts, placements de fonds, sous sa responsabilité et sous la surveillance du Conseil d'administration.

Il peut effectuer de même le retrait des fonds déposés, ainsi que des sommes produites par l'intérêt des valeurs.

Mais le retrait des titres déposés ou leur vente ne peuvent être effectués que sur la signature de trois membres du Bureau, dont le Président ou le Vice-Président et le Trésorier.

Art. 42. — Le contrôle des opérations de la Société est exercé par trois contrôleurs : deux élus par la Société en Assemblée générale pour deux ans, (l'un deux sortant chaque année pour établir un roulement de contrôle), le troisième désigné par l'Association générale des médecins de France. Ils adressent à l'Assemblée générale suivante leur rapport sur la gestion du Conseil d'administration.

Ces contrôleurs peuvent, à toute époque de l'année, se faire présenter les procès-verbaux des réunions du Conseil, les inventaires, ainsi que les registres de la comptabilité.

Art. 43. — Les fonds de la Société sont déposés dans une Caisse publique. Le trésorier ne peut conserver en caisse que la somme nécessaire aux menues dépenses courantes.

Il ne pourra être fait emploi des sommes disponibles qu'en valeurs de tout repos telles que : Rente française, obligations des villes et départements français, ou des chemins de fer garanties par l'État, du Crédit foncier, placements en 1re hypothèque sur immeubles de rapport à Paris. Ces placements sont décidés par le Conseil d'administration.

Art. 44. — Les admissions partent du 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre de chaque année.

Elles sont prononcées par le Conseil d'administration qui se réunit au moins quatre fois par an, en décembre, en mars, en juin et en septembre.

VI. — *Assemblée générale.*

Art. 45. — Chaque année, une assemblée générale des sociétaires, dont la date est fixée par le Conseil d'administration, est convoquée par les soins du secrétaire général, pour recevoir et approuver les comptes de gestion de l'année.

Art. 46. — Les convocations sont faites par le journal *Le Concours médical*, qui est adressé pour

cette fois, à tous les sociétaires et doit contenir l'ordre du jour de la séance.

Des convocations sont également adressées aux délégués spéciaux et correspondants de l'Association, mais ceux-ci n'ont le droit de vote que s'ils sont membres de la Société.

Art. 47. — L'assemblée générale statue souverainement sur toutes les questions. Elle délibère valablement, quel que soit le nombre des membres qui la composent.

Nul n'a le droit de s'y faire représenter.

Art. 48. — Le compte rendu des séances de l'assemblée générale annuelle est dressé par les soins du Conseil et publié dans le journal le *Concours médical*.

Un exemplaire est envoyé à chacun des membres de l'Association et aux principaux journaux de médecine.

Art. 49.— Des règlements intérieurs, délibérés en assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, la mise en pratique de ces divers articles.

Art. 50. — Il est créé une caisse dite auxiliaire.

Le Conseil détermine, sous le contrôle de l'assemblée générale, l'affectation des fonds qu'elle reçoit sous forme de dons, de produits des amendes, d'abandons d'indemnités dues, etc...

VII. — *Dissolution.*

Art. 51.— La dissolution de la Société ne peut être prononcée que par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, à la majorité des trois quarts des membres présents.

Art. 52. — Dans les deux mois qui suivront l'approbation de ces statuts, les membres de l'Association générale des médecins de France seront invités d'une façon pressante à s'inscrire à la Société locale de la région où ils exercent.

En raison des modifications de la comptabilité et du surcroît de travail que cette nouvelle organisation imposera au trésorier l'assemblée décide que son indemnité annuelle sera portée de 1.200 à 2.000 francs.

Nos confrères remarqueront que, dans les statuts nouveaux, qui viennent de leur être communiqués, rien (sauf la note 1 de l'article 22) ne concerne les anciens adhérents des combinaisons A ou B ayant dépassé 50 ans et qui désireraient passer à la combinaison C. C'est qu'en raison de la nouvelle loi régissant les Sociétés de Secours mutuels, qui exige 15 années de participation, leur droit à la retraite serait reculé au delà de 65 ans. Cependant, il est possible d'arriver à un arrangement qui les satisfasse mais les statuts ne peuvent en parler explicitement. Il leur faudra donc s'adresser individuellement à notre secrétaire général, M. le Dr Mignon, des Mureaux (S.-et-O.)

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 6 h. 1/2.

Le Secrétaire des séances, Dr Jeanne.

Le Président, Dr Maurat.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des kystes du sein.

M. le Dr G. Renon, de Paris, a étudié soigneusement les kystes de la mamelle et il en a même fait le sujet de sa thèse et d'une Revue de la *Gazette des Hôpitaux*. De ses recherches personnelles il conclut que les kystes essentiels, que les mammites chroniques kystiques, que les adénomes kystiques, siègent bien tous au niveau de l'épithélium glandulaire et que les altérations du stroma conjonctif sont extrêmement rares. En ce qui concerne le traitement, il doit être, selon lui, entièrement chirurgical Tout kyste du sein, dit-il, est justiciable d'une intervention : cela pour plusieurs raisons. En premier lieu, chaque fois que l'on se trouve en présence de tumeurs du sein, il y a toujours lieu de craindre une tumeur maligne ; il y a donc un grand intérêt à s'assurer *de visu* de la nature réelle du processus. En second lieu, nous savons que la transformation cancéreuse des kystes mammaires est fréquente, et que cette crainte est suffisante pour faire pratiquer d'emblée à certains chirurgiens l'amputation du sein. Or c'est précisément parce que le moyen est hors de proportion avec la cause que, par une réaction facile à comprendre, tant d'autres sont d'avis de ne rien faire. Il est une méthode qui sauvegarde précisément la forme de la mamelle tout en permettant de contrôler le diagnostic et de modifier le processus anatomique, c'est celle qu'a exposée M. Quénu à la Société de chirurgie.

Rappelons-la brièvement : incision sous-mammaire, en croissant inféro-externe ; décollement de la face profonde de la glande et son renversement. Incision du tissu glandulaire de la profondeur vers la superficie portant sur les points où se trouvent les gros kystes de façon à les évacuer et à s'assurer de l'absence de toute végétation. Quand le bistouri a ainsi terminé son exploration, on prend la pointe fine du thermocautère et on larde la mamelle de pointes de feu profondes de façon à ouvrir le plus grand nombre de petits kystes et à déterminer des foyers de sclérose. On termine en remettant le sein en place et en suturant sans drains ; les suites sont toujours simples.

Donc triple avantage ; conservation de la mamelle et de sa forme, la cicatrice ne se voit même pas ; diagnostic assuré ; processus anatomique modifié.

Si, quant aux deux premiers points, il n'y a pas de discussion possible, il n'en est pas de même du troisième qui est cependant très important. On peut se demander, en effet, comment la thermocautérisation peut suffire pour amener de la sclérose et partant la guérison de la dégénérescence kystique. On objecte qu'on ne peut atteindre qu'une minime partie des kystes ; ceux qui seront atteints pourront se scléroser, mais les autres continueront leur évolution. A cela on peut répondre par des arguments tirés de la théorie et tirés des faits. La théorie nous dit que les méthodes sclérosantes, ignipuncture, chlorure de zinc, n'ont jamais eu la prétention d'atteindre toutes les parties d'un organe ; et que cela suffit cependant pour déterminer un processus cicatriciel curateur ; il ne peut pas en être autrement au niveau du sein.

*

Mais les faits viennent à notre aide d'une façon beaucoup plus démonstrative. Une première malade opérée en 1900 vient d'être revue ces jours-ci, c'est-à-dire trois ans et demi après l'intervention. Au niveau du sein opéré qui est exactement semblable à l'autre, on sent vaguement comme un semis de granulations diffuses ; aucun noyau, aucune douleur ; rien dans l'autre sein. Deux autres malades opérées depuis un peu plus d'un an viennent d'être revues dans un état local parfait au point de vue esthétique et au point de vue physique. Les cas ne sont pas suffisamment nombreux, dira-t-on, et les malades n'ont pas encore été suivies depuis assez longtemps ; d'accord ; mais on accordera qu'une méthode de traitement absolument innocente, donnant une telle sécurité dans l'appréciation des lésions, et suivie de résultats aussi favorables, est à recommander.

Toute affection déterminée comporte des indications thérapeutiques spéciales. Il y a, dans la dégénérescence kystique de la mamelle intérêt à s'assurer de l'état anatomique réel de la glande ; c'est le premier temps du traitement. Si l'on se trouve en présence d'une perversion évolutive de l'épithélium mammaire d'ordre trophique, il faut modifier ce processus, d'où l'ignipuncture. Les indications étant ainsi scrupuleusement observées, il en résulte cet avantage toujours apprécié : la conservation du sein et de sa forme.

Le permanganate de potasse en pansements.

M. le Dr *Jacques Carles* recommande avec insistance, dans le *Bulletin médical*, la solution de permanganate au millième pour le lavage des plaies, infectieuses ou non, pour le pansement des ulcères, brûlures, etc. Ni action irritante, ni intoxication. Le médicament semble être analgésique, antituberculeux. Au 100e, c'est de plus un caustique : cancer, diphtérie, lupus. S'il touche linge, doigts, une solution de bisulfite de soude, à 50 cent. cubes de la solution saturée pour 1000 ou de sel d'oseille à 3 p. 100, ou d'acide tartrique concentré, fait tout disparaître.

L'auteur se rend compte du mode d'action du permanganate non seulement en le considérant comme une source abondante d'oxygène à l'état naissant, mais encore en faisant jouer au manganèse, ainsi qu'au fer, au calcium, comme un rôle de substratum fermentique. Tous les trois, d'après Enriquez et Sicard, sont excitateurs, accélérateurs des oxydations et décuplent l'activité des éléments cellulaires.

L'hystérie et la paralysie générale.

D'après M. le Dr Ed. Mourier, dans sa thèse, l'hystérie simule difficilement la paralysie générale. Mais, en revanche, au cours d'une paralysie générale, un ou plusieurs symptômes de nature hystérique peuvent venir compliquer les troubles de la maladie organique. Il en résulte une association hystéro-organique semblable aux associations des maladies de la moelle et de l'hystérie.

La paralysie générale ne présente pas une évolution spéciale lorsqu'elle se développe sur le terrain hystérique. Cependant quelquefois, à la période de début, l'hystérie se révèle par des accès convulsifs, des hallucinations, un délire d'un caractère particulier qui viennent s'ajouter à la symptomatologie ordinaire.

L'hystérie s'atténue et disparaît soit au début, soit dans le cours de la paralysie générale, mais toujours à une période peu avancée de celle-ci.

L'alliance de l'hystérie et de la paralysie générale est rare. Nous la croyons cependant beaucoup moins rare que ne l'indique le nombre des observations.

MÉDECINE PRATIQUE

L'Analyse clinique des urines.

(*Suite et fin*, voir le n° 17)

Nous avons vu dans notre précédent article comment on pouvait, assez rapidement, doser l'urée et l'acide urique dans l'urine. Passons maintenant aux dosages des chlorures, des phosphates, des sulfates, de l'albumine, du sucre, des acides biliaires.

1° Dosage des chlorures.

Pour pratiquer le dosage des chlorures, on doit débarrasser l'urine des matières organiques qu'elle contient, par le procédé de Denigès. Dans une capsule en porcelaine, on place, à l'aide d'une pipette jaugée, exactement 10 centimètres cubes d'urine filtrée; on ajoute 10 centimètres cubes de la solution de permanganate de potasse au 1/200 et 3 ou 4 gouttes d'acide sulfurique pur. Faire bouillir. Sous l'influence de l'ébullition et de l'oxydation, en quelques minutes, le liquide, de rouge foncé, deviendra à peu près incolore, à réaction fortement acide.

On ajoute alors, après refroidissement, un excès de carbonate de baryte ou de carbonate de chaux pur, afin de saturer l'acidité de la liqueur ; puis, on filtre dans un verre conique à réaction. On lave la capsule avec un peu d'eau distillée et on ajoute ces eaux de lavage sur le filtre. On obtient ainsi environ 80 à 100 centimètres cubes d'un liquide absolument incolore, neutre, dans lequel on va doser les chlorures.

Le dosage se fait avec une burette de Mohr graduée en dixièmes de centimètre cube, et remplie d'une solution d'azotate d'argent préparée spécialement.

Azotate d'argent pur et fondu....	29.076
Eau distillée. Q. S. pour.........	1000.c.c

L'on a soin de faire affleurer le liquide au 0 de la graduation. D'autre part, on ajoute à l'urine décolorée trois ou quatre gouttes de la solution indicatrice de chromate de potasse à 10 pour 100 : par agitation le liquide deviendra jaune transparent. On fait tomber goutte à goutte la solution argentique de la burette de Mohr dans la solution urineuse. Dès les premières gouttes, par agitation, cette solution deviendra jaune serin et floue. On laissera couler ainsi la solution titrante jusqu'à ce que, par agitation, toute la masse du liquide ait viré du jaune serin au *rose-brique tendre*. Il ne faut pas aller jusqu'au virage rouge-brique, car, s'il en était ainsi, le point terminal de la réaction serait dépassé. Il est bien important d'arrêter la réaction dès que le liquide passe au rose tendre, si l'on veut avoir un dosage rigoureux des chlorures. On n'oubliera pas que, si le malade, auquel on a pris l'urine, absorbe des iodures ou

des bromures, ces médicaments passent dans l'urine et constituent une cause d'erreur pour le dosage des chlorures.

Rien n'est d'abord plus facile que de déceler ces sels dans les urines. Il nous suffira, en effet, de filtrer l'urine dans deux tubes à essai, de verser quelques gouttes de chloroforme dans chacun des tubes. Dans le premier tube nous ajouterons de l'eau chlorée fraîche, nous agiterons le mélange : si l'urine renferme du *brome*, le chloroforme formera un *dépôt jaune ;* dans le second tube, nous ajouterons quelques gouttes d'acide azotique fumant : après agitation, le chloroforme formera un *dépôt rouge*, ou *rouge violet*, dans le cas où l'urine renfermerait de l'*iode*.

Lorsque, dans une urine, nous aurons ainsi constaté la présence d'une assez grande proportion d'iode ou de brome que nous jugerons susceptible de fausser par surcharge le dosage des chlorures, nous commencerons par éliminer l'iode et le brome, avant d'entreprendre le dosage : dans ce but, nous emploierons la méthode suivante.

Elimination du brome et de l'iode : méthode de Mercier. — Dans un verre de Bohême, versez 20 centimètres cubes d'urine filtrée ; ajoutez 20 centimètres cubes d'une solution de sulfate de cuivre à 10 p. 100 ; chauffez à 100°, en faisant passer un courant d'acide sulfureux : il se forme ainsi, par suite de la décomposition de l'iode et du brome, un précipité jaunâtre de sels cuivreux.

Filtrez ; lavez le précipité sur le filtre ; complétez le volume à 100 centimètres cubes.

Prenez alors 55 centimètres cubes de liquide, qui représente en réalité 10 centimètres cubes d'urine ; chassez l'acide sulfureux par l'ébullition ; titrez alors les chlorures qui restent *seuls*, dans le liquide.

Le sel marin étant le principal des chlorures renfermés dans l'urine, il est tout naturel d'exprimer la quantité de chlorures qu'elle renferme en chlorure de sodium.

Si nous avons opéré le dosage avec la solution argentique indiquée ci-dessus, et que nous ayons obtenu comme dosage 8 c.c. 2, nous procéderons de la façon suivante :

Nous avons vu que 1 centimètre cube de cette solution correspondait à 0 gr. 01 de chlorure de sodium : donc, dans l'exemple choisi :

10 centimètres cubes d'urine renferment 0 gr. 082 de chlorure et 1.000 centimètres cubes d'urine renferment 0 gr. 20.

Par conséquent, quel que soit le nombre de centimètres cubes trouvé au dosage, il s'ensuit qu'en employant cette solution, chaque centimètre cube utilisé représente en grammes la quantité de chlorure de sodium renfermée dans un litre d'urine, en effectuant bien entendu le dosage sur une prise d'urine de 10 centimètres cubes.

On peut facilement calculer ensuite la dose de chlorures éliminée en 24 heures.

2° Dosage des sulfates.

L'urine contient non seulement des sulfates alcalins, potasse, soude, calcium, mais encore des composés soufrés et de l'acide sulfurique libre. Quand on dose les sulfates dans l'urine, c'est donc, en réalité, toutes les combinaisons sulfureuses et sulfuriques que l'on mesure.

L'acide sulfurique se reconnaît en ajoutant quelques gouttes d'acide chlorhydrique à 4 grammes d'urine versés dans un tube à essais ; dans ce mélange, on fait couler une ou deux gouttes de solution de chlorure de baryum : il se formera un précipité blanc de sulfate de baryte insoluble dans l'acide azotique.

On prépare une solution titrée en faisant dissoudre 30 gr. 05 de chlorure de baryum cristallisé dans 1000 centimètres cubes d'eau distillée; 1 centimètre cube de cette solution équivaudra à 0 gr. 01 d'acide sulfurique.

On prend 50 centimètres cubes d'urine acidulée avec 5 gouttes d'acide chlorhydrique, et, après avoir agité le mélange, on le verse dans la solution titrée, à l'aide de la burette de Mohr, jusqu'à ce que le précipité cesse de se former, ou mieux jusqu'à ce que l'addition de quelques gouttes d'une solution de sulfate de magnésie à une portion de l'urine mêlée à la solution titrée donne naissance à un trouble. On détermine alors la quantité de sulfates rendus dans l'urine des vingt-quatre heures par la méthode de calcul ordinaire décrite précédemment.

Un procédé simple et pratique par le dosage de l'acide sulfurique est encore à trouver.

Voici maintenant comment M. Létienne décrit le dosage de l'acide sulfurique du soufre total :

Evaporez dans une capsule, non en platine, 50 centimètres cubes d'urine filtrée, additionnée de 5 à 8 grammes d'azotate de potasse.

Lorsque l'évaporation est complète, ajoutez 10 grammes d'hydrate de potasse pur et chauffez à la lampe à alcool jusqu'à fusion complète (la calcination en présence de l'hydrate et de l'azotate de potasse transforme tout le soufre des composés sulfureux urinaires quels qu'ils soient en sulfates) ; vous obtiendrez ainsi un liquide incolore que vous laisserez refroidir. Dissolvez alors le résidu dans l'eau ; ajoutez-y un excès d'acide chlorhydrique. Vous y doserez alors ces sulfates comme précédemment. Le résultat du dosage vous donnera une évaluation un peu plus élevée que celle qui représentera le poids de l'acide sulfurique du soufre acide : l'écart différentiel des deux vous donnera le poids en acide sulfurique du soufre neutre.

3° Dosage des phosphates.

Dans l'urine, l'acide phosphorique n'est pas à l'état libre ; il est combiné à la potasse et à la soude, à la chaux et à la magnésie. Si l'urine est acide, il n'y a pas de dépôt de phosphates ; l'alcalinité de l'urine favorise la précipitation des phosphates terreux. Avant tout essai de dosage, on commence par dissoudre le dépôt de phosphates, quand il existe, avec une toute petite dose d'acide chlorhydrique. Pour le dosage, on a recours à une solution titrée d'acétate d'urane.

1° Préparation de la solution titrée d'acétate d'urane.

Faites dissoudre 20 gr. 3 d'oxyde d'urane pur dans de l'acide acétique concentré, et, étendez la solution d'eau distillée pour parfaire 1000 centimètres cubes ; chaque centimètre cube de cette solution équivaudra à 0 gr. 005 d'acide phosphorique.

2° Solution d'acétate de soude.

Faites dissoudre 100 grammes d'acétate de soude dans 100 centimètres cubes d'acide acéti-

que pur et diluez avec de l'eau distillée pour 1000 centimètres cubes.

3° Solution concentrée de ferrocyanure de potassium 50 p. 1000.

On prend 50 centimètres cubes de l'urine filtrée à analyser, on y ajoute 5 centimètres cubes de la solution d'acétate de soude. On chauffe le mélange modérément, et, pendant qu'il est chaud, on y fait tomber goutte à goutte la solution d'acétate d'urane contenue dans une burette de Mohr. De temps en temps, on prend une goutte du liquide que l'on met sur le bord d'une assiette ou d un morceau de porcelaine blanche, on y mêle une goutte de ferrocyanure de potassium ; si le mélange reste blanc on continue l'opération et on ne l'arrête que lorsque le mélange des deux gouttes donne une coloration brunâtre.

Supposons qu'il ait fallu 20 centimètres cubes de la solution titrée d'acétate d'urane pour précipiter l'acide phosphorique contenu dans les 50 centimètres cubes d'urine, comme 1 centimètre cube de la solution équivaut à 0 gr.005 d'acide phosphorique, il est évident que les 50 centimètres cubes d'urine devaient renfermer 0 gr. 1 d'acide phosphorique. Dès lors, si le malade rend par exemple 1200 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures, l'élimination journalière d'acide sulfurique devra être de :

$$2gr.3 \frac{0,1 + 1200}{50} = 2 \text{ gr}.4.$$

Bien entendu que l'urine est filtrée avant l'opération et débarrassée de l'albumine, si elle en contient.

Pour être sûr que l'on a bien obtenu le dosage du phosphore total éliminé dans les vingt-quatre heures, on peut, au lieu d'opérer directement sur de l'urine filtrée et débarrassée d'albumine, employer un autre liquide formé d'urine transformée de la manière suivante : on chauffe 10 centimètres cubes d'urine pendant plusieurs heures avec 5 centimètres cubes d'acide sulfurique, jusqu'à ce que le liquide soit incolore. Le liquide étendu d'eau à 50 centimètres cubes est saturé par la soude. C'est ce liquide sulfurique saturé par la soude que l'on dose comme précédemment. Ce volume total étant trouvé, on cherche celui des phosphates terreux.

Pour cela, on verse de l'ammoniaque ou de la potasse dans le même volume d'urine préalablement filtrée, et on laisse reposer environ 10 à 12 heures. On filtre et on recueille le dépôt des phosphates terreux. On traite ce dépôt par l'acide acétique en quantité strictement nécessaire pour la dissolution ; s'il reste encore un dépôt, ce ne peut être que l'oxalate de chaux insoluble dans l'acide acétique ; on filtre alors de nouveau et on opère sur cette liqueur filtrée comme sur l'urine totale.

L'acide phosphorique, combiné avec la soude et la potasse, est représenté par la différence entre les poids qui figurent l'acide phosphorique total et l'acide phosphorique combiné avec la chaux et la magnésie. Dans cette réaction, il faut bien se garder d'employer un excès d'acétate de soude, qui serait une cause d'erreur (E. Delefosse : *L'analyse des urines*).

*
* *

4° Dosage de l'albumine.

L'aspect extérieur de l'urine ne fournit généralement aucun renseignement sur la possibilité de sa teneur en albumine C'est donc généralement une découverte chimique que la constatation de l'albuminurie. De tous les procédés préconisés et essayés pour la recherche de l'albumine, on n'en retient généralement que trois : la recherche à froid par l'acide azotique pur (réaction de Gübler), la recherche par le réactif acéto-picrique d'Esbach et la recherche par l'ébullition dans un tube à essais avec addition d'une petite quantité d'acine trichloracétique. Pour le dosage, on emploie deux procédés : le procédé clinique, par le tube gradué d'Esbach et le procédé mathématique par la pesée du précipité d'albumine desséché.

Nous serons bref sur la recherche de l'albumine, car c'est une opération tellement classique que tout le monde la connaît.

1° Recherche à froid par l'acide azotique pur. Dans un verre à réactif conique, on verse d'abord l'urine à examiner.

Si elle est trouble, il faut préalablement la filtrer. L'acide azotique est versé lentement, en bavant le long de la paroi du verre, que l'on tient à la main et que l'on incline légèrement du côté où l'on verse l'acide afin d'éviter toute secousse et tout mélange. L'acide, par sa densité, descend au fond du verre et fait subir à l'urine certaines réactions. Souvent il se forme, à la partie inférieure de la couche d'urine, une zone rosée ou violacée qui représente de l'uro hématine et de l'hémaphéïne. Au-dessus de cette zone colorée se forme un abondant précipité floconneux *s'il y a de l'albuminurie*, dont l'épaisseur varie avec la plus ou moins grande abondance de l'albumine et qui peut varier du simple nuage opalin (quelques centigrammes) à un précipité caillebotté (plusieurs grammes).

Au-dessus de cette couche d'albumine précipitée, se forme un disque clair, transparent, d'environ 1/2 centimètre d'épaisseur ; puis, au-dessus encore, on voit un petit disque opaque constitué par les urates et matériaux calcaires de l'urine. Pour affirmer que le précipité du fond du verre est bien de l'albumine, il est nécessaire de constater l'existence de ces deux disques : transparent d'abord, puis opaque au-dessus, dans les régions supérieures du verre à réaction.

2° Recherche de l'albumine à froid avec le réactif d'Esbach. Le réactif d'Esbach est le mélange d'acide picrique en solution aqueuse à 10 gr. 5 p. 1000, additionnée d'1, 10 d'acide acétique à la densité de 1040.

L'urine est agitée dans un tube à essai avec parties égales du réactif acéto picrique.

L'albumine se coagule et se dépose au fond du tube.

3° Recherche par la chaleur et l'acide acétique ou mieux l'acide trichloracétique.

La meilleure manière d'essayer les urines par la chaleur est la suivante : On remplit à moitié d'urine le tube et on le tient par sa partie inférieure. On chauffe le tube près de la surface libre du liquide, en agitant de temps en temps, pour éviter qu'il ne se brise. On peut ainsi apprécier le plus léger trouble dans l'urine, puisque le liquide situé au-dessous est transparent. S'il y a des urates, on a ainsi trois couches :

Première, albumine coagulée, couche trouble.
Deuxième, urates, couche claire.
Troisième, dépôt non chargé d'urates.

Si la solution d'albumine est alcaline, il ne se fera aucune précipitation par l'action de la chaleur. Il faut dans ce cas rendre l'urine acide avant de la chauffer.

D'ailleurs, quand l'addition d'acide dans l'urine à froid produit un précipité ou tout au moins un trouble, c'est que l'urine contient de la mucosine; il faut filtrer ce précipité, et chauffer l'urine filtrée. On ajoute alors à l'urine un ou deux centimètres cubes d'acide trichloracétique. L'excès d'acide ne dissout pas le précipité, quand ce précipité est bien de l'albumine. C'est un réactif très sensible. Généralement, on emploie l'acide trichloracétique sous forme de solution dans l'eau distillée à 1 pour 3 volumes.

Un autre procédé très simple de recherche de l'albumine s'obtient avec l'acide métaphosphorique.

Cet acide est livré par le commerce sous forme de crayons que l'on peut mettre dans une trousse enfermée dans un tube de verre. Il suffit de tremper pendant quelques secondes l'extrémité de ce bâton dans 2 ou 3 centimètres cubes d'eau, pour avoir une solution d'acide métaphosphorique qui précipite instantanément l'albumine. Le crayon essuyé est remis dans l'étui pour resservir plus tard.

Grocco a mis en garde contre l'erreur que l'on peut commettre en employant des urines ictériques : pour éviter toute cause d'erreur, il conseille de traiter d'abord l'urine ictérique par un trentième ou un cinquantième de son volume d'acide acétique concentré, de laisser six à huit heures à basse température pour éviter la décomposition et de filtrer avant d'entreprendre les réactions ordinaires de l'albumine.

Dosage de l'albumine. — Le procédé le plus simple pour le clinicien, qui veut doser l'albumine, est le tube d'Esbach.

On emploie un tube gradué spécial dit d'Esbach ayant la forme d'un tube à essai ordinaire et portant les lettres U et R qui indiquent les points d'affleurement de l'urine et du réactif. Le réactif est le suivant :

Acide picrique............	1 gr. 05	9 cc.
Eau distillée...............	100 gr.	
additionnés de :		
Acide acétique (densité 1040)	1 cc.	

On commence par verser de l'urine jusqu'au trait U, puis du réactif jusqu'au trait R : on bouche avec le pouce et on retourne le tube dix fois sans secouer. Le tube est ensuite fermé hermétiquement par un bouchon de caoutchouc et laissé au repos verticalement pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, le dépôt s'est précipité et tassé : il suffit de lire la graduation correspondante à la surface supérieure du dépôt pour avoir, en grammes, la quantité d'albumine par litre. Si la densité de l'urine est supérieure à 1006 ou 1008, il faut diluer cette dernière, de manière à ramener la densité à 1006. Toutefois, cette opération n'est nécessaire que si l'on suppose une quantité d'albumine supérieure à 2 grammes (Delefosse).

Lorsqu'on emploie ce réactif, il est bon de se rappeler qu'il précipite non seulement l'albumine mais encore les peptones et les alcaloïdes. Si, à l'essai d'une urine, la réaction est nulle, nous serons donc assurément en droit de conclure à l'absence d'albumine ; mais, si un louche se produit, nous ne tiendrons l'urine pour albumineuse que si, par le premier procédé que nous avons décrit (coagulation par la chaleur et acidification) un trouble se produit : nous aurons ainsi évité toute cause d'erreur due à la précipitation possible des peptones urinaires ou des alcaloïdes par le réactif picrique (Létienne).

En ce qui concerne le dosage de la sérine et de la globuline, voici comment procède Hammarsten :

Dans 50 centimètres cubes d'urine filtrée, bien limpide, ajoutez quelques gouttes d'une solution étendue de potasse, jusqu'à *neutralisation parfaite* du liquide ; laissez déposer les phosphates terreux puis séparez-les par une nouvelle filtration; ajoutez alors à l'urine *neutre*, à volume égal, une solution saturée de sulfate de magnésie ; agitez et laissez déposer vingt-quatre heures à basse température : la globuline sera précipitée sous forme de légers flocons en suspension dans la masse urinaire, si toutefois l'urine renferme en bloc au moins deux grammes d'albumine par litre. Chastang et Demolong ont en effet démontré qu'au-dessous de cette dose, il est à peu près impossible de déceler la globuline urinaire.

Pour doser la globuline, nous emploierons la même technique que celle que nous venons d'exposer ci-dessus. Lorsque le précipité sera entièrement formé, nous le retiendrons sur un filtre taré, nous le laverons avec une solution saturée de sulfate de magnésie, puis à l'alcool bouillant acétique. Nous enlèverons les dernières traces de sulfate de magnésie par l'eau distillée bouillante, nous sècherons et nous pèserons. Nous rapporterons ensuite au litre, puis au volume des vingt-quatre heures. La différence entre ce poids, qui est celui de la globuline, et le poids de l'albumine proprement dite, donnera celui de la sérine.

On peut inversement déterminer le poids de la globuline, par différence, en dosant la sérine. Comme ci-dessus, nous précipiterons d'abord la globuline, en ayant soin de retenir le liquide filtré qui, lui, ne contient plus que la sérine que nous précipiterons par la chaleur, après acidification avec l'acide acétique. Le précipité de sérine sera lavé à fond de façon à ce que les eaux de lavage ne donnent aucun précipité par le chlorure de baryum, puis séché et pesé : la différence obtenue avec le poids de l'albumine urinaire proprement dite donnera le poids de la globuline.

En combinant ces deux méthodes, on peut doser séparément la sérine et la globuline.

***

RECHERCHE ET DOSAGE DU GLUCOSE.

La recherche du glucose dans l'urine se fait par l'ébullition de deux parties d'urine dans un tube à essai avec une partie de liqueur cupropotassique de Barreswil ou de Fehling. La liqueur de Fehling est assez sensible pour permettre de déceler la présence de 0,50 de sucre dans un litre d'urine.

Si après avoir fait bouillir l'urine avec la liqueur, le mélange reste limpide avant et après refroidissement, on peut conclure à l'absence de sucre ; si, au contraire, il a produit une réduction légère et qu'il reste quelque doute au sujet

de la présence de la glycose, on opère de la manière suivante (Yvon et Berlioz) :

On prend deux parties d'urine et une partie de liqueur, et on porte à l'ébullition : s'il y a du sucre, il se forme un enduit jaunâtre, qui adhère aux parois du vase et le mélange devient jaune verdâtre. Si la réduction ne paraît pas suffisamment nette, on répète l'essai en prenant trois ou quatre parties d'urine pour une de liqueur.

Réaction de Bottger. — A de l'urine débarrassée d'albumine on ajoute un peu de potasse caustique et de sous-nitrate de bismuth, on fait bouillir : la glycose donne un précipité noir.

M. Bouchardat employait l'ébullition de 50 centimètres cubes d'urine dans un matras avec une cuillerée à café de chaux vive éteinte.

Dosage du glucose dans l'urine. — Le procédé le plus sûr et le plus exact pour doser le glucose dans l'urine est l'emploi du saccharimètre de Laurent à pénombre. Mais cet instrument n'est pas à la portée de tous les praticiens à cause de son prix et de son volume. Il vaut donc mieux pour eux recourir à un procédé moins exact, mais plus pratique ; c'est le procédé de la liqueur de Fehling titrée. Après défécation de l'urine par l'extrait de Saturne (comme nous l'avons indiqué dans notre précédent article à propos de la recherche de l'urée), pour la débarrasser des causes d'erreur (albumine, chloral, térébenthine, copahu, créatinine, indican, sulfonal, salol), on en verse une certaine quantité dans une burette graduée. Dans un petit matras, on verre 20 centimètres cubes de solution titrée de Fehling et on ajoute 40 à 50 grammes d'eau distillée.

On se place au-dessus d'une feuille de papier blanc.

On chauffe le liquide avec la flamme d'une lampe à alcool, et lorsqu'il entre en ébullition, on verse goutte à goutte l'urine à analyser ; si l'urine est peu chargée de sucre, il se produira seulement, au bout de quelques minutes d'ébullition, un trouble verdâtre, puis jaune (Mayet).

On continue l'ébullition en agitant le liquide et en tenant le col du matras incliné du côté opposé à l'opérateur ; on ajoute de nouvelles gouttes d'urine. Le précipité passera bientôt au brun rouge en même temps qu'il sera plus compact et se fera plus vite ; on retire du feu et on le laisse reposer.

Lorsque la séparation du liquide et du dépôt est accomplie, on examine la liqueur au-dessus de la feuille de papier blanc : si elle est encore bleue, on porte de nouveau à l'ébullition, puis on ajoute de l'urine par goutte, on laisse reposer et on examine.

On continue jusqu'à ce que le liquide ne donne plus qu'une teinte bleue ou verte très légère, qui indique le point de saturation. Un excès de sucre ajouté donne une teinte verte.

L'opération terminée, c'est-à-dire la précipitation de l'hydrate cuprique complète, on lit le nombre de centimètres cubes employés ; connaissant le nombre total de centimètres cubes d'urine rendus dans les vingt-quatre heures, il suffira de diviser ce nombre par celui des centimètres cubes d'urine diluée employés à réduire les 20 centimètres cubes de la solution cuprique.

Exemple : je prends 20 grammes d'urine et je les dilue dans 80 grammes d'eau. Supposons qu'il ait fallu 30 centimètres cubes de cette urine étendue pour décolorer la liqueur ; cela veut dire que 30 : 4, c'est-à-dire 7 cc. 50 d'urine, réduisent 20 centimètres cubes de la solution ; or, cette dernière est faite de manière à ce que 20 centimètres cubes soient décolorés par 1 gramme de glucose.

Donc 7 cc. 50 d'urine contiennent 0 gr. 1 de glucose, et la quantité totale de l'urine contient autant de décigrammes de glucose qu'elle contient de fois 7 cc. 50. S'il y avait 3500 centimètres cubes, il suffit de diviser 3500 par 7,50.

En résumé, diviser le volume de l'urine par le nombre de centimètres cubes employés.

La liqueur titrée de Fehling se prépare de la façon suivante :

1° On prend 500 grammes d'une lessive de soude d'une densité de 1,12 ; on y ajoute 173 grammes de tartrate double de potasse et de soude cristallisé.

2° On dissout 34 gr. 64 de sulfate de cuivre dans 207 gr. 84 d'eau. On mélange peu à peu les deux liquides et on ajoute de l'eau distillée jusqu'à obtenir un litre. Vingt centimètres cubes de liqueur sont réduits totalement par un décigramme (0 gr. 1) de glucose, à l'ébullition.

Hager a donné une formule de la préparation, qui permet de la conserver beaucoup plus longtemps.

On mélange une solution de 34 gr. 65 de sulfate de cuivre pur dans 200 centimètres cubes d'eau, avec une solution de 150 grammes de tartrate neutre de potasse dans environ 500 centimètres cubes de lessive de soude caustique (densité = 1,14), on ajoute 100 grammes de glycérine pure et on complète le volume d'un litre avec de l'eau distillée. Vingt centimètres cubes de ce réactif correspondent à 0 gr. 1 de glucose.

Enfin, Ost prépare la solution suivante, qu'il regarde comme meilleure que la solution de Fehling.

Sulfate de cuivre cristallisé....	25 gr. 5.
Carbonate de potasse sec......	250 grammes
Bicarbonate de potasse.........	100 —

Cinquante centimètres cubes de cette solution correspondent à 100 milligrammes de sucre interverti, 102 m. gr. 5 de dextrose, 99 milligrammes de lévulose et 117 milligr. de galactose.

L'urine employée doit être suffisamment diluée pour ne pas contenir plus de 1 pour 100 de sucre (Delefosse).

***

Recherche de la bile et des acides biliaires dans l'urine.

La bile se rencontre dans l'urine soit comme matière colorante (bilirubine), soit comme acides.

Recherche de la matière colorante. — Les urines qui contiennent de la bile sont généralement foncées et ont une coloration brune, rouge ou verte : la réaction est généralement neutre ou alcaline, et les urines moussent en les agitant.

On prend un verre à expérience, plus mince à son extrémité inférieure, on y verse de l'urine, très doucement en faisant longer les parois du verre, on fait couler un mélange d'acide azotique et d'acide sulfurique : le mélange traverse l'urine, va au fond du vase et, à la ligne de démarcation des deux liquides, on observe une zone verte qui est la seule que l'on doit chercher comme étant caractéristique dans cette expérience.

L'acide nitreux doit être employé de préférence.

On peut encore employer le procédé suivant : filtrer une grande quantité d'urine, humecter le papier avec une goutte d'acide azotique contenant de l'acide azoteux et passer l'entonnoir lentement, trois ou quatre fois au-dessus d'une flamme. La présence des plus faibles traces de pigments biliaires (biliverdine) sera décelée par un anneau vert autour du point de contact de la goutte d'acidide azotique.

Le procédé de Huppert est aussi très simple : on fait un liquide formé de 10 grammes de chaux vive par litre d'eau. On agite 10 centimètres cubes d'urine avec 10 centimètres cubes de ce lait de chaux.

On filtre. Le précipité est lavé dans un verre à réactif, avce de l'alcool et de l'acide chlorhydrique étendu. On filtre de nouveau et on réchauffe le liquide filtré. La présence des pigments biliaires se révèle par une coloration verte ou bleue. Enfin, on peut avoir recours au procédé par la teinture d'iode. Cinq centimètres cubes d'urine sont additionnés, goutte à goutte, de cinq à dix gouttes de teinture d'iode et agités à chaque addition. Dans le cas de la présence des pigments biliaires, la teinture d'iode détermine une coloration vert-olive de l'urine, belle et nettement accusée. Dans l'urine normale, la teinture d'iode, ajoutée goutte à goutte, est d'abord décolorée, puis détermine une coloration rouge et enfin une coloration rouge-brun sale.

Recherche des sels biliaires.

Réaction de Pettenkofer. L'urine ayant été préalablement déféquée et privée de toute trace d'albumine, on en verse 4 ou 5 grammes dans un verre à réactif conique ; on y ajoute les deux tiers environ de son volume d'acide sulfurique concentré, et dans le liquide, on met un petit fragment de sucre ; on transvase dans un petit matras, et on chauffe doucement vers 70°, on obtient une coloration violette caractéristique (Delefosse).

Il y a dans cette recherche un petit tour de main à attraper, car ce que l'on montre souvent dans les expériences pour la réaction de Pettenkofer n'est autre chose qu'une coloration bleuâtre qui est produite par la réaction de l'acide sulfurique sur le sucre.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi sur la pharmacie.

C'est fait. La loi sur la pharmacie a été retirée de l'ordre du jour de la Chambre des députés : pharmaciens et médecins combattaient le projet à qui mieux mieux, la formule étant mauvaise et inspirée par des préoccupations exclusivement commerciales.

Reviendra-t-elle sur l'eau un jour ou l'autre ?

En tout cas, si quelque projet nouveau surgit, il n'aura de chances de succès que s'il s'inspire de l'intérêt général de la Santé publique. La Commission mixte constituée par l'Union des Syndicats en a préparé un qui remplit cette condition, et qui verra le jour à l'heure propice. Mais elle a soumis au referendum la question du double diplôme, et il importe de recueillir, sur ce point, en toute impartialité, les opinions qui paraissent documentées.

C'est ce que nous continuerons de faire comme si nous étions encore sous la menace du projet Astier-Cruppi, et voici deux de ces opinions :

Contre le double diplôme.

Monsieur le Directeur,

Les confrères qui s'intéressent à la question du double diplôme apprendront sans doute avec une certaine surprise que l'interdiction d'exercer simultanément la médecine et la pharmacie, avec sanction pénale en cas d'infraction, a été votée successivement par la Chambre des Députés et le Sénat en 1891-1892 (1).

J'ai été amené à rechercher par suite de quelles circonstances l'interdiction de l'exercice simultané des deux professions ne figure pas dans le texte définitif de la loi du 30 novembre 1902.

Voici d'après les documents officiels ce qui s'est passé :

Le texte de la loi adoptée primitivement par la Chambre des Députés contenait les deux articles suivants :

Titre II.

Article 16. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de sage-femme ou de dentiste avec celle de pharmacien est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions.

Cette disposition n'a pas d'effet rétroactif.

Titre III. — *Pénalités.*

Art. 29. — L'exercice simultané de la médecine, de l'art des accouchements ou de l'art dentaire avec la pharmacie est punie d'une amende de 100 fr., à 500 francs.

En cas de récidive, l'amende sera de 500 fr. à 1000 fr., et les délinquants pourront en outre être condamnés à un emprisonnement de 15 jours à trois mois.

La loi est soumise au Sénat qui vote l'article 16 devenu dans son projet par suite de certaines modifications l'article 11, et le complète de la façon suivante :

« Toutefois, sous la condition de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente, tout docteur peut porter des médicaments à ses malades lorsque ceux-ci demeurent à 4 kilomètres au moins d'une officine, de pharmacie.

« Il peut aussi, sans tenir officine ouverte, fournir chez lui des médicaments à ses malades, lorsque sa demeure est à 4 kilomètres au moins d'une officine de pharmacie ».

Je ferai remarquer, en passant, que c'est ce dernier texte, demeuré à l'état de projet, qui a fait naître dans l'esprit de la plupart des confrères une confusion regrettable au sujet de leurs droits d'exercice de pharmacie à la campagne, droits qui, comme l'a souvent fait remarquer le *Concours médical*, sont encore réglés par l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI.

L'article 29 du projet de la Chambre devient l'article 24 dans le projet du Sénat et est ainsi conçu :

« Art. 24.— Toute infraction aux prescriptions de l'article 11 est punie d'une amende de 100 à 500 fr., et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1000 fr. et

(1) N. D. L. R. — Nous nous demandons si notre confrère ne commet pas quelque erreur dans ce récit de l'odyssée parlementaire du projet Astier.

Cela n'aurait d'ailleurs qu'une importance assez secondaire.

d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement ».

Le texte adopté par le Sénat revient à la Chambre, où la Commission décide cette fois la radiation de l'art. 11 du projet sénatorial proscrivant le cumul de la profession de docteur, dentiste et sage-femme avec celle de pharmacien : l'article 24 de la Commission sénatoriale, prévoyant une pénalité en cas d'infraction à l'article 11, tombe par voie de conséquence.

La Commission de la Chambre renvoie l'article 11 à la Commission qui élabore le projet de loi sur la pharmacie sous prétexte d'étude plus approfondie !

C'était ce qu'on appelle en style parlementaire un enterrement de première classe : et en effet, à quatorze ans d'intervalle, les choses sont encore en l'état.

Quoi qu'il en soit, il est temps de remédier à une situation qui est certainement préjudiciable aux intérêts du corps médical.

Le danger signalé par un confrère, est plus grand qu'on ne se l'imagine. Non seulement les pharmaciens des villes universitaires, mais les pharmaciens des petites villes et même des communes rurales tendent de plus en plus à se faire recevoir docteurs en médecine. Je connais pour ma part un fait qui me paraît significatif.

Dans une commune voisine, comptant à peine 800 habitants et comprenant un rayon de clientèle assez restreint, il n'y a eu pendant longtemps qu'un médecin et un pharmacien. Celui-ci étant venu à mourir est remplacé par un jeune pharmacien à l'esprit entreprenant et combattif. Le médecin, qui est plutôt partisan de l'hygiène et du régime alimentaire, (qui saurait l'en blâmer ?) est très sobre de prescriptions médicamenteuses.

Cela ne fait pas l'affaire de notre pharmacien qui part en guerre contre le médecin en déclarant que ce dernier l'empêche de gagner sa vie parce qu'en somme il ne veut pas se livrer à ces débordements de polypharmacie, brouillonne et touffue, si chère aux arrivistes. Le pharmacien part pour la capitale et ramène un nouveau médecin avec qui il ne tarde pas d'ailleurs à se brouiller. Ce dernier, pour se venger, fait venir à son tour un nouveau pharmacien et l'on peut alors assister à ce spectacle peu banal, mais au fond profondément triste, d'une petite commune de 800 habitants qui possède deux médecins et deux pharmaciens qui passent leur temps à s'entredévorer les uns les autres à la grande joie des clients ! Qu'on vienne soutenir après cela que l'encombrement n'existe pas à la campagne.

Pour en revenir à mon histoire, le pharmacien, cause de cet encombrement, ne se tient pas pour battu. Il se rappelle fort à propos que la loi de 1892 ne défend pas le cumul des professions de médecin et de pharmacien, et, laissant son officine aux soins d'un aide, il s'en va prendre ses inscriptions de médecine dans une ville voisine, siège d'une école préparatoire de médecine. Moins de quatre ans après, il passe sa thèse, et actuellement, il parcourt journellement tous les environs, soit en voiture, soit en motocycle, offrant ses services aux malades des localités qu'il traverse. Naturellement il ne prend rien ou presque rien pour sa visite, puisqu'il porte à domicile ses médicaments.

Je n'ai pas besoin de vous dire que ces pratiques portent un préjudice considérable à tous les confrères de la région. Malheureusement, elles tendent de plus en plus à se généraliser, et il n'est pas difficile de prévoir que, grâce à la diffusion des moyens faciles de locomotion, le type du médecin commis-voyageur, à la fois pharmacien et charlatan, véritable juif-errant de la clientèle, va se répandre de plus en plus dans nos campagnes et rendre la vie impossible aux confrères honnêtes et consciencieux.

Le fait que je vous signale est loin d'être isolé, et en faisant une enquête auprès des médecins exerçant dans les communes rurales, on se rendrait bien vite compte que le mal est plus répandu qu'on ne le pense généralement. Il est bon, je pense, que le *Concours médical* appelle l'attention des syndicats médicaux sur la question de l'exercice simultané des deux diplômes et indique la solution qui paraît la plus simple pour la résoudre définitivement. Au lieu d'attendre le vote de la loi sur la pharmacie qui est sur le chantier depuis 25 ans, et qui risque d'y rester encore autant, il serait beaucoup plus simple de faire ajouter à la loi du 30 novembre 1902 l'article 16 de l'ancien projet de la Chambre et son corollaire, l'article 29. Il me semble qu'un des nombreux députés-médecins qui siègent à la Chambre pourraient bien prendre cette initiative.

Le 18 avril 1904.

Dr S....,

Syndicat des docteurs-médecins possesseurs des deux diplômes.

(82, bd. Port-Royal, Paris, Ve)

Pour le double diplôme.

Paris, le 18 avril 1904,

Très honoré confrère,

Puisque vous faites appel à l'opinion de tous vos lecteurs au sujet des médecins-pharmaciens, nous demandons à votre courtoisie de leur faire connaître l'existence de notre syndicat. Si le regretté M. Cézilly était encore de ce monde, il se rappellerait la séance mémorable de la commission du Sénat où fut discutée la question du cumul, ancien art. XI de la loi de la médecine, devenu art. IX de la loi sur la pharmacie. Etaient en même temps présents le regretté Laborde, MM. Lutaud, de Maurans, Cornil, le Dr Lebert.

Ce fut à la suite de notre communication à cette séance et après que nous eûmes réduit à néant toutes les allégations et tous les arguments que, pour en finir, on décida de retirer cet article de la loi sur la médecine et de le renvoyer à la loi sur la pharmacie.

Or, depuis cette époque, les médecins-pharmaciens ont peu augmenté en nombre, pour la bonne raison qu'il faut douze ans d'études ; mais ils sont demeurés groupés, se sont soutenus mutuellement et sont beaucoup plus à même de se défendre et par conséquent *d'empêcher cet article d'être voté.*

Nous tenons à la disposition de vos lecteurs les brochures que nous avons publiées lors de la loi sur la médecine, la protestation que nous avons envoyée aux députés lorsqu'on a essayé de faire passer un peu trop rapidement la loi sur la pharmacie. On y trouve la réponse à toutes les accusations, qui depuis très longtemps ont fait, de temps en temps, le tour de la presse médicale.

Nos arguments sont très bien condensés dans votre lettre n° 1, mais nous tenons à répondre à celui de vos correspondants qui croit que le médecin-pharmacien est un être banal et que jamais aucun médecin-pharmacien ne s'est fait un nom.

Nous n'en citerons que deux exemples, car ils sont indiscutables :

1° Celui du professeur Raphaël Dubois, bien connu par ses travaux sur le mal de mer, sur la lumière des vers luisants qu'il a trouvé le moyen d'extraire, etc.

2° Beauregard, frère du député, qui a été professeur à l'École de pharmacie et naturaliste au Muséum et dont les travaux d'anatomie comparée font autorité.

Nous pourrions en citer beaucoup d'autres. Quant à ceux qui croiraient que les médecins-pharmaciens se laisseront guillotiner par persuasion, ils oublient que l'union fait la force et que le temps n'est plus où l'on jetait le discrédit sur les médecins-pharmaciens et où l'on essayait de les faire passer pour des malpropres. Aujourd'hui, le médecin-pharmacien porte la tête haute, il est fier de ses deux diplômes. Il sait que le médecin a beaucoup plus d'intérêt à guérir le malade que le pharmacien et se vante de lui procurer tout ce qu'il lui a prescrit.

Nous avons relevé ces accusations et ceux qui les ont prononcées *n'ont pas envie de recommencer* et se documenteront un peu plus une autre fois. Nous tenons à faire savoir à nos adversaires que nous avons trois bi-confrères députés et un député frère de nos bi-confrères ; trois sont maires de grandes villes, trois autres ont été cette année décorés de la Légion d'honneur et huit de l'Instruction publique ; partout les médecins-pharmaciens occupent une brillante situation qui leur permet de tenir la tête haute et, dans cette loi sur la pharmacie, ils concentreront encore plus toutes leurs forces que dans la loi sur la médecine et sauvegarderont les intérêts du médecin de campagne loge, à cet égard, à la même enseigne qu'eux. Ils démontreront que le métier de pharmacien disparaît et que dans les Ecoles on n'apprend pas la pharmacie.

Sorti de l'Ecole, le pharmacien ne devient qu'un marchand de médicaments achetant en gros pour revendre en détail et ne diffère en rien du médecin de campagne. Enlevez le monopole au pharmacien et il devient un commerçant ordinaire. La liberté de la pharmacie existe d'ailleurs bien en Angleterre et en Amérique et la santé publique ne s'en porte pas plus mal.

Agréez Monsieur le Directeur nos remerciements distingués.

Le Président du Syndicat
Dr Madeuf.

Voici ce que nous avons écrit aux députés l'année dernière, ajoute M. Madeuf :

Paris, le 5 juin 1903.

Monsieur le Député,

Bien que le public ne demande pas une nouvelle loi sur la pharmacie, seulement réclamée par une centaine de capitalistes menacés dans leurs intérêts, par des procès dirigés contre leurs produits (produits actuellement dans l'illégalité), on met une telle précipitation à vouloir faire voter cette loi, dont un article lèse les médecins-pharmaciens, que notre Syndicat craint de n'avoir pas le temps de vous faire faire parvenir en temps utile, sa brochure de protestation. On ne pouvait, en effet, la composer avant d'avoir lu le rapport qui devait être déposé, rapport dont la distribution a eu lieu en même temps que la mise à l'ordre du jour. D'autre part, nous n'avons pas été entendus par la Commission, bien que nous ayons été reçus par M. Astier et ensuite par M. Gruppi. Cependant, nous avions été entendus par les précédentes Commissions lors de la discussion de la loi sur la médecine, et c'est même notre Syndicat qui a été cause que l'article, traitant de la vente des médicaments par les médecins et de l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, a été renvoyé à la loi sur la pharmacie.

Dans la discussion de cette loi, le Syndicat vous demande seulement de tenir compte de l'intérêt des malades, le seul qui devrait être en jeu, et non d'intérêts particuliers. Ainsi, on ne craint pas, dans ce projet de loi, d'imposer aux malades l'obligation de chercher les médicaments à cinq kilomètres, quand il serait si simple de faire comme en Amérique et aux Etats-Unis où la pharmacie est libre ; la mortalité, d'ailleurs, n'est pas plus grande dans ces deux pays qu'en France.

On vous demande également d'interdire à un pharmacien d'être médecin, et de l'avis même des auteurs du projet de loi, le vrai pharmacien disparaît sous la poussée du capital. Il n'est plus aujourd'hui, comme le médecin de campagne, qu'un simple dépositaire achetant, en gros, aux droguistes et aux spécialistes, les médicaments qu'il revend au détail. Alors, pourquoi vouloir promulguer une nouvelle loi, puisqu'il n'est plus nécessaire, dans la pratique, d'avoir les connaissances imposées par le diplôme pour exercer la pharmacie ?

Pensez au développement de la mutualité et souvenez-vous que la pharmacie en est la plaie. En facilitant au médecin le droit à la pharmacie, vous réduirez, au contraire, considérablement les frais des mutualistes, car le médecin saura alors éviter, non seulement des frais de manipulations inutiles et souvent fort longs, mais encore il saura tenir compte, dans ses prescriptions, du prix des médicaments à égale valeur thérapeutique. Dans cet ordre d'idées, nous pourrions vous citer un grand industriel, très connu, qui recherche les médecins-pharmaciens en raison des avantages considérables qu'il y trouve pour ses ouvriers. Nous ferons remarquer, en outre, que le médecin-pharmacien aura plus de compétence pour soigner les malades.

D'autre part, le médecin a beaucoup plus d'intérêt à guérir le malade, que le pharmacien (l'intérêt de ce dernier est même l'opposé de celui du malade), car on ne quitte pas son pharmacien si on ne va pas mieux, mais on quitte facilement son médecin. Il est donc naturel et logique de faciliter aux médecins l'exercice de la pharmacie ; et puisque cet exercice existe de temps immémorial à la campagne, et existera encore même dans la nouvelle loi, on ne ferait une exception que pour ceux qui seraient à même de le faire, ou en ayant les droits et les capacités. Ajoutons que les médecins-pharmaciens ne pourraient plus vendre leur pharmacie, avec la nouvelle loi, et que ce serait la ruine pour eux.

Enfin, nous protestons à l'avance contre toute insinuation de ceux qui prétendraient que le médecin-pharmacien pourrait exploiter les malades. Nous avons mis au défi, lors de la discussion de la loi sur la médecine, MM. Brouardel et Cornil de citer seulement deux cas de médecin-pharmacien peu scrupuleux ; nous avons refait la même proposition à M. Astier, lui proposant de faire une enquête contradictoire avec nous. Il s'est contenté de nous faire connaître sa démission de rapporteur de la loi. Pour vous montrer combien cette question de l'exercice simultané de deux professions est mal connue, il nous suffira de vous dire que M. Astier lui-même, qui vous propose d'interdire le cumul de la profession de dentiste et de pharmacien (il n'y a peut-être pas vingt dentistes pharmaciens), *a été très heureux de se faire arracher une dent par ce « brave Michel de Saint-Gervais, qui est pharmacien ! »* Autres contradictions : Il regrette l'encombrement de la pharmacie, et il nous disait dans une conversation : « En somme, les pharmaciens devraient se diriger du côté de l'art dentaire », et il interdit ce cumul dans son projet de loi. Enfin, dans une conversation avec des herboristes, il reconnaissait lui-même que les pharmaciens étaient obligés de donner des consultations et ne pourraient vivre sans cela. Et il veut empêcher les pharmaciens-médecins de faire ce que lui-même a fait toute sa vie sans le diplôme de médecin.

On regrette de même l'encombrement de la médecine, et, dans l'intérêt du malade, le seul vrai remède à cet encombrement, ne serait-ce pas que le médecin soit plus instruit de ce qui l'intéresse directement et soit par conséquent pharmacien ? Au lieu de cinq années d'études, il *en aurait douze à faire*, comme les médecins-pharmaciens, et ce serait le véritable moyen pour empêcher une foule de jeunes gens, sans vocation spéciale, de faire leur médecine.

En résumé, non seulement les médecins-pharmaciens sont à même d'être plus utiles aux malades, moins onéreux pour eux, mais encore ils ont été les seuls à protester énergiquement contre l'*industrie toujours florissante des fausses guérisons*, à tel point qu'un député de la précédente législature, M. Michelin, voulait ajouter un article à la loi sur la pharmacie punissant l'emploi des fausses guérisons comme moyen de capter la confiance des malades. Et nous avons pu constater avec regret que *seul*, en dehors de notre Syndicat, le *préfet de police de Berlin* a dénoncé l'ampleur de cette exploitation chez nous. La Chambre va s'occuper de la discussion surtout d'in-

térêts privés et limités ; son œuvre serait plus utile en annexant un article assimilant les fausses guérisons à l'escroquerie. Nous sommes d'ailleurs à votre entière disposition pour vous fournir nos anciennes brochures sur la loi, et tous les renseignements complémentaires, en attendant que notre nouvelle brochure paraisse.

Confiants dans vos sentiments d'équité, veuillez agréer, Monsieur le Député, l'expression de nos sentiments devoués.

Pour le Syndicat :
Le Président,
Dr Madeuf,
Bi-Licencié ès-sciences,
Ex-Professeur libre à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine de Paris, Ancien Professeur à l'Association philotechnique.

Encore pour le double diplôme.

Pour la question de l'exercice double de la médecine et de la pharmacie, je remarque que le plus grand reproche fait dans les réponses reçues au *Concours* sont relatives aux consultations gratuites que nous donnons.

Je vous ferai remarquer qu'en cela nous ne faisons que suivre la pratique courante de tous les pharmaciens sans exception et qu'en le faisant nous avons au moins conscience de donner un conseil utile au client, sans chercher à lui faire prendre une drogue plus ou moins indiquée et qui, neuf fois sur dix, est donnée à tort et à travers.

D'ailleurs nous sommes tout disposés à cesser nos consultations gratuites, si, dans les grandes villes, nos confrères médecins cessent aussi les leurs. Qu'ils commencent à donner l'exemple en cessant leurs consultations gratuites dans les dispensaires, les polycliniques et les hôpitaux.

Actuellement, professeurs, chirurgiens et médecins des hôpitaux, chefs de clinique, agrégés de médecine et de chirurgie, etc., etc., donnent des consultations gratuites à tout venant.

On est toujours disposé à voir la paille dans l'œil du voisin et non la poutre qui est dans le sien.

Si le corps médical n'est pas mûr pour cesser les consultations gratuites dans les dispensaires, les cliniques et les hôpitaux, qu'il nous laisse tranquilles.

Nous avons la conviction de nous rendre aussi utile qu'eux et de faire œuvre philantrophique autant et peut-être plus, car nous servons les intérêts des plus nécessiteux.

Dr G.

19 avril 1904.

REPORTAGE MÉDICAL

Pas de médecins assermentés. — A une récente séance de la Société de médecine légale, M. le conseiller Leluel a communiqué un avis du Conseil d'Etat (section des finances, de la guerre, de la marine et des colonies), en date du 4 novembre 1879, où il est dit que cette pratique du « médecin assermenté » est contraire à celles qui sont suivies par le département de la justice et a pour conséquence de faire disparaître complètement la plupart des garanties prévues par la loi. De plus, la Section invite l'Administration à préparer dans ce sens des observations aux divers départements ministériels.

Tiens, tiens. tiens ! Encore un petit monopole qui a du plomb dans l'aile.

« Le devoir médical ». — Œuvre de solidarité confraternelle. — Un groupe important de médecins de Bordeaux et du Sud-Ouest vient de constituer sous le titre de « le devoir médical », une Société mutuelle de solidarité confraternelle.

Pour faire connaître cette œuvre nouvelle, des plus intéressantes, basée sur les tables officielles de la mortalité médicale, et qui paraît destinée à réussir rapidement, il suffit d'analyser brièvement quelques articles des statuts qui eu démontrent suffisamment l'économie et l'utilité.

« Le devoir médical », dont les statuts ont été limés avec grand soin, avec le concours de juristes spécialistes de la mutualité, a pour but, moyennant une cotisation individuelle de 10 francs, payable au décès de chaque adhérent, d'assurer à ses ayants-droit, une somme maxima de dix mille francs par chaque groupe de 1.000 membres dont le défunt faisait partie.

Cette Société comprend un nombre illimité de membres, se subdivisant par groupes de 1.000 adhérents, que la Société doit tendre sans cesse à compléter.

Tout médecin français, homme ou femme, civil ou militaire, domicilié en Europe ou en Algérie, âgé de 50 ans non révolus, peut être admis dans l'Association après simple production d'un certificat de santé fourni par un docteur en médecine, et adressé directement, sous pli cacheté, au Secrétariat général par le confrère qui a pratiqué l'examen.

Les conjoints des médecins peuvent être admis dans la Société au même titre que leur époux.

Des dispositions particulières sont prises pour cas de guerre et pour la création d'un fonds de prévoyance.

Toutes les fonctions sont gratuites.

Les confrères, et ils sont nombreux, qui ont souci de leurs familles n'ont, pour tous renseignements et pour se procurer les statuts complets de cette œuvre, qu'à s'adresser au Secrétaire général, Dr A. Peytoureau, 14, cours de Tourny, Bordeaux.

Société Khédiviale de Médecine, le Caire, le 15 avril 1904 : Monsieur le Rédacteur en Chef. — Je vous serai très obligé de vouloir bien notifier dans votre honorable journal l'institution au Caire d'une Société Khédiviale de Médecine par décret de Son Altesse le Khédive en date de 14 avril 1904.

Son bureau est ainsi composé :
Président : Dr Comanos Pacha ;
Vice-Président : Dr S. Voronoff et
Ibrahim Pacha Hassan ;
Secrétaire Général : Dr Georges Voronoff.

Services d'assistance médicale. — On écrit de Mende : « A la suite d'une protestation du Conseil municipal de la commune de Saint-Laurent-de-Veyres au sujet des honoraires réclamés par le Dr Vincens, pour le compte de l'Assistance médicale gratuite, une enquête administrative eut lieu et elle aurait démontré que ce médecin aurait porté dans son mémoire un nombre de visites ou pansements sensiblement supérieur au chiffre réel. Ainsi, pour un seul malade, il aurait réclamé neuf visites ou pansements, alors qu'il n'en avait fait que cinq. Le préfet de la Lozère vient d'interdire à M. le Dr Vincens de soigner pendant le cours de l'année 1904, pour le compte de l'assistance médicale du département, les indigents dépendant des onze communes du canton de Fournels dont fait partie celle de Saint-Laurent-de-Veyres. Les ordonnances, concernant ce service, ne lui seront plus payées ».

(*Le Temps*).

Que vaut cette accusation ainsi lancée dans le domaine public ? Nous l'ignorons, et notre insertion n'est faite que pour donner au confrère intéressé le droit de se disculper, s'il y a lieu.

Cette désignation personnelle est autrement grave que les assertions vagues des rapports Monod.

Le Directeur-Gérant : Dr E. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André,
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 19 7 MAI 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des Inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Société civile du « Concours Médical »

Réunion du 18 avril 1904.

Présents : MM. les docteurs Gassot, H. Cézilly, Jeanne et Maurat.

Les intentions de la Société civile, conformément au vote de la dernière Assemblée générale, au sujet de l'hommage posthume rendu à son fondateur le Dr A. Cézilly, ont été remplies, et une palme de bronze a été déposée avec inscription sur sa tombe.

La transformation des statuts de l'*Amicale* et de la *Caisse des pensions de retraite* a été effectuée dans les deux dernières assemblées de ces Sociétés et le résultat de ces travaux a été publié au journal.

Le Conseil constate, avec plaisir, que les *Syndicats* s'engagent résolûment dans la voie qui leur a été tracée et transforment leurs statuts de manière à leur faire produire les résultats souhaités; certains même d'entre eux (tel le Syndicat de Rambouillet) apportent des améliorations appréciables aux projets primitivement proposés.

Vaccination obligatoire. — Le Conseil décide que M. le Dr Gassot sera chargé d'un travail d'étude sur cette question, lequel travail sera publié au journal, dès qu'il sera prêt.

Au sujet de la *réforme de l'enseignement médical*, l'enquête entreprise près des professeurs de physiologie, anatomie, histologie, etc., est terminée et M. le docteur Lacroix, qui s'en est si habilement acquitté, est chargé de la continuer près des professeurs de pathologie interne et externe, de médecine opératoire, etc.

Le Trésorier expose au Conseil que ses prévisions budgétaires de la dernière Assemblée générale se sont réalisées et que les sommes confiées à la Maison de santé de la Plaine Monceau ont produit à nos caisses, pour six mois d'exercice, un revenu supérieur à 2000 francs et à la Financière Médicale 1470 francs pour 20.000 francs engagés.

Le Conseil décide qu'il souscrit pour une somme de 50 francs au monument du regretté Dr Théophile Roussel : l'envoi sera fait à M. le Docteur Bourillon, trésorier (Asile Saint-Maurice, Vincennes).

Pour le *Congrès d'exercice illégal* que prépare l'Union des Syndicats, le Conseil s'empresse de donner son adhésion et désigne M. le Dr Jeanne comme délégué à la Commission de préparation. Vu l'importance de cet effort de défense professionnelle, il décide de laisser à l'Assemblée générale le soin de fixer le montant de la souscription.

Au sujet de la campagne entreprise en commun par les médecins et pharmaciens contre les *abus de la Mutualité*, le Conseil s'empresse de lui prêter son appui et de participer aux travaux de la Commisson, instituée à cet effet, par l'Union des Syndicats. MM. les Dr Jeanne et de Grissac sont délégués comme membres de cette commission.

Après examen de la correspondance générale et indication des réponses à faire, la séance est levée.

Le secrétaire-trésorier,

Dr MAURAT.

LA SEMAINE MÉDICALE

Origine du diabète et thyroïdopathies.

Il est un fait bien connu, aussi bien du grand public que des médecins, c'est que le diabète se développe de préférence chez les personnes nerveuses. C'est ainsi qu'on s'explique sa production plus fréquente dans les classes aisées, surtout parmi les sujets qui s'occupent de travaux intellectuels ; on ne peut nier, par exemple, que les avocats, médecins, diplomates, auteurs, financiers, etc., paient à cette maladie un tribut plus grand que les autres professions. Des occupations sédentaires, des repas copieux, surtout de la viande en abondance, mêlée à des aliments contenant des hydrates de carbone, des efforts intellectuels intenses, préparent le terrain à l'éclosion du diabète chez les personnes prédisposées.

La plupart des diabétiques racontent à leur médecin que les premiers symptômes de leur maladie se sont déclarés chez eux après de violentes émotions, des soucis, des chagrins, etc. Dans quelques cas rares, on attribue la cause à des accidents, chocs nerveux. Mais, très fréquemment, l'hérédité doit être mise en cause.

M. le Dr A. Lorand a fait d'intéressantes recherches sur les rapports étiologiques possibles entre le diabète et le fonctionnement de la glande thyroïde. Il a remarqué que les médicaments antithyroïdiens sont des remèdes d'une certaine efficacité contre la glycosurie, mais, quoiqu'il ne paraisse pas possible de porter un jugement après des essais aussi peu nombreux, on peut affirmer cependant que nous n'arriverons pas à guérir le diabète complètement avec l'antithyroïdine.

Nous pouvons avec ces médicaments neutraliser en quelque sorte un des facteurs du diabète, c'est-à-dire les toxines de la glande thyroïde, mais nous n'avons aucune influence sur le facteur principal, c'est-à-dire la dégénérescence des îlots de Langerhans du pancréas ; mais si nous réussissons du moins à affaiblir l'hyperthyroïdie et à provoquer un état semblable à l'hypothyroïdie, nous aurons constitué un état semblable à celui qui existe dans les cas d'altérations du pancréas avec inactivité simultanée de la glande thyroïde, ce qui permet de réduire graduellement le diabète grave et, les circonstances aidant, le changer en diabète léger ; peut-être arriverons-nous même à faire disparaître complètement le diabète léger.

L'emploi des extraits de pancréas, qui devraient contenir des îlots de Langerhans en grand nombre, alternant avec des médicaments antithyroïdiens, serait non seulement rationnel, mais attaquerait le mal par ses deux côtés les plus sensibles.

De nombreux essais sont encore à faire dans ce sens, pour éclairer la question.

Les bains tièdes au cours des fièvres éruptives.

M. le Dr Sevestre donne, dans le *Journ. des Praticiens*, quelques conseils sur l'utilité des bains tièdes au cours des fièvres éruptives.

« Les bains tièdes peuvent, avec quelques précautions, être donnés sans le moindre inconvénient et présentent, au contraire, de grands avantages, particulièrement au point de vue de l'éruption elle-même. Il est très certain, en effet, que cette éruption se fera plus facilement sur une peau assouplie par le bain et débarrassée des débris épidermiques, des poussières et des micro-organismes. Du reste, ce n'est pas seulement au début, c'est pendant toute la durée de la maladie qu'il est utile de donner des bains. Dans la rougeole, on les répétera, autant que possible, deux ou trois fois par semaine, mais c'est surtout dans la scarlatine qu'ils sont nécessaires ; sous l'influence des bains, en effet, la desquamation se fait plus facilement et la guérison est à la fois plus franche et plus rapide. En outre, il est bon de pratiquer, dans l'intervalle des bains, des onctions avec la vaseline boriquée; cette pratique, à laquelle on peut attribuer un rôle de protection contre le froid, a le grand avantage d'agglutiner les débris épidermiques jusqu'au moment où ils seront enlevés par le bain.

« Ces mesures sont, au point de vue de la prophylaxie, les meilleures que l'on puisse employer pour empêcher la dissémination des produits de la desquamation. Dans le plus grand nombre des cas, cette desquamation est terminée au bout de 30 ou 35 jours, et le malade peut être rendu à la libre pratique au bout d'un temps relativement court. »

La ponction lombaire chez l'enfant.

Voici les indications que donne M. le Dr Percheron dans la *Rev. intern. de Méd. et de chir.* pour la pratique de la ponction lombaire chez l'enfant :

« C'est une opération absolument inoffensive, si l'on a soin de se conformer aux trois prescriptions suivantes :

Opérer dans les conditions d'asepsie parfaite;

Opérer sur l'enfant couché de côté ;

Ne pas retirer plus de 10 centimètres cubes, si le liquide s'écoule normalement ; s'il existe une forte hypertension, on peut extraire de 10 à 30 centimètres cubes ; 10 centimètres suffisent pour les recherches courantes utiles au diagnostic.

Pour faire la ponction lombaire, on se sert d'aiguilles à biseau très court. Chez l'enfant, une aiguille de 4 à 5 centimètres de long et quelques dixièmes de millimètre de diamètre est suffisante; il est parfois nécessaire de se servir d'aiguilles plus longues pour les enfants de 12 ans et au delà. Les aiguilles en platine iridié, qui peuvent se tordre, mais ne risquent pas de casser, doivent être préférées.

La ponction peut être faite dans le 3e, le 4e ou le 5e espace, dans le 4e de préférence. Pour repérer ces espaces, il suffit de se rappeler qu'un plan transversal passant par le point le plus élevé des crêtes iliaques coupe l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre lombaire.

La ponction sur la ligne médiane est plus facile chez l'enfant que la ponction latérale.

Ces données étant exposées, voici comment on procède :

On couche l'enfant de côté, la tête légèrement relevée ; un aide maintient les cuisses fortement fléchies sur le bassin, le tronc également aussi fléchi que possible, de façon que l'enfant fasse le gros dos.

On repère l'apophyse épineuse de la 4e lombai-

re: on choisit l'espace que l'on veut ponctionner.

La région étant aseptisée, l'opérateur reconnaît à nouveau de son doigt stérilisé l'espace qu'il a choisi: il place la pulpe de l'index gauche (l'ongle regardant en haut et en arrière) à cheval sur l'angle supérieur de l'apophyse située au-dessous. De la main droite, il fait pénétrer l'aiguille immédiatement au-dessus de l'index gauche. Il lui fait traverser rapidement la peau, puis, lui donnant une direction presque perpendiculaire à la colonne vertébrale, très légèrement oblique en haut et en avant, il la pousse à travers le ligament interépineux. Dès que l'aiguille a pénétré dans le sac sous-arachnoïdien, le liquide céphalo-rachidien s'écoule.

La ponction bien réglée est rarement blanche; toutefois, il peut arriver qu'un fragment de tissu cellulaire ou qu'un petit caillot obture l'aiguille. Pour remédier à cet inconvénient, il suffit de pousser un fil métallique stérilisé dans la lumière du tube. On peut aussi laisser le fil dans l'aiguille pour faire la ponction; on le retire dès que l'on croit avoir fait pénétrer l'aiguille dans le sac sous-arachnoïdien.

Parfois, il s'écoule un peu de sang avant que le liquide céphalo-rachidien ne s'échappe; parfois aussi, il ne s'écoule que du sang pur: c'est qu'alors l'extrémité de l'aiguille se trouve au-delà ou en deçà du sac sous-arachnoïdien, implantée dans une petite veinule: il est alors préférable de recommencer la ponction dans un autre espace ou de la remettre à plus tard.

Dans les méningites suppurées, le liquide ne peut parfois traverser l'aiguille que s'il est aspiré à l'aide d'une seringue de Pravaz.

Exceptionnellement, en suivant la méthode précédente, on fait successivement une ponction blanche dans chacun des 3 espaces, 3e, 4e et 5e. On peut être alors plus heureux en opérant sur l'enfant assis, ou en faisant la ponction latérale. Dans ce procédé, on ponctionne à un demi-centimètre environ en dehors de l'angle supérieur de l'apophyse épineuse; on fait pénétrer l'aiguille en la dirigeant en haut et en dedans, lentement, jusqu'à ce qu'elle ait éprouvé la légère résistance de la traversée du ligament jaune et de la dure-mère.

Lorsque la prise du liquide est faite, on retire l'aiguille d'un mouvement brusque et l'on panse avec un peu de coton hydrophile, plutôt que d'employer le collodion, qui détermine facilement des excoriations, lorsqu'on fait des ponctions répétées.

Traitement de l'hydrocèle.

Pour le traitement de l'hydrocèle, on peut avoir recours à deux procédés:

1° La ponction, suivie d'une injection caustique modificatrice;

2° La cure radicale avec destruction de la vaginale par excision ou par éversion.

1° *Ponction suivie d'injection iodée.* — Après une toilette minutieuse du scrotum au savon et à l'oxycyanure de mercure (l'éther et l'alcool sont à rejeter à cause de la cuisson intolérable qu'ils provoquent), l'opérateur ayant les mains aseptiques s'assure de la position de la glande, presque toujours en bas, en arrière et en dedans, et décelable par la douleur caractéristique que l'on réveille par la pression. Il tient fortement, d'une main, la peau du scrotum, en énucléant, en quelque sorte, la tumeur, et enfonce le trocart, sur la face antérieure, perpendiculairement et d'un coup sec. Ce faisant, il faut éviter avec soin les veines superficielles qui sillonnent la surface cutanée des bourses. Lorsque le liquide a été évacué à demi, il faut avoir soin de maintenir le trocart dans la vaginale, afin qu'au moment de pratiquer l'injection de teinture d'iode, celle-ci ne se répande pas dans le tissu cellulaire sous-cutané. Aussi doit-on avoir soin d'enfoncer la canule du trocart assez profondément, et de maintenir, exactement appliquées sur elle, les enveloppes plissées entre le pouce et l'index, pendant tout le cours de l'opération.

L'évacuation de la sérosité achevée, on doit pratiquer l'injection de teinture d'iode. Mais celle-ci étant très douloureuse, il faut, au préalable, anesthésier la vaginale. Dans ce but, on introduit par le trocart, dans la cavité, cinq à six centimètres cubes d'une solution de cocaïne au 1/200, qu'on y laisse séjourner trois à quatre minutes.

Cela fait, l'injection de teinture est pratiquée, soit à l'aide d'une seringue avec embout intermédiaire, soit, plus simplement, à l'aide d'un entonnoir relié au trocart par un tube en caoutchouc. La quantité introduite dans la vaginale ne doit pas dépasser 30 c.c. On doit l'y laisser séjourner une dizaine de minutes, en malaxant très doucement, pendant ce laps de temps, le fond du scrotum. Les dix minutes écoulées, il faut vider la cavité vaginale de son contenu, et cela sans exercer de pression qui pourrait diffuser la teinture d'iode dans le tissu cellulaire.

Le dernier temps de l'opération consiste en un *lavage de la vaginale* avec une solution aseptique d'eau jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. Cette irrigation terminée, on enlève d'un coup sec le trocart et on obture l'orifice par un petit pansement occlusif.

On le voit, cette opération est très simple, et à la portée de tout praticien. Elle ne nécessite pas un outillage compliqué: un trocart, un entonnoir et un tube intermédiaire en caoutchouc.

Elle tend cependant à disparaître de la pratique médicale, à cause des redoutables accidents qu'elle a provoqués. Les défenseurs de cette méthode prétendent que ces accidents sont toujours imputables à une faute de technique. Quoi qu'il en soit, ils sont assez fréquents, et sont survenus entre les mains des chirurgiens les plus exercés. Le plus redoutable d'entre eux est le phlegmon des bourses, avec ou sans processus gangreneux, mettant en danger la vie du malade et le condamnant, pendant plusieurs semaines, à un repos forcé et douloureux. L'injection de teinture d'iode, très douloureuse par elle-même, peut enfin déterminer des accidents réflexes: syncope, convulsions, paralysies éphémères. Signalons, en dernier lieu, les accidents d'iodisme (coryza, catarrhe des muqueuses, éruptions cutanées).

Cure radicale. — Excision. — Eversion. — C'est pour obvier à ces accidents, que la plupart des chirurgiens traitent l'hydrocèle par l'incision du scrotum suivie d'une résection partielle ou totale de la vaginale. Cette opération est très simple, et peut se faire sans anesthésie générale, à l'aide de la cocaïne. Après avoir anesthésié la ligne d'incision, on coupe successivement la peau, la fibreuse et, en dernier lieu, la vaginale. Le li-

quide évacué, on peut examiner le testicule et se rendre compte des lésions qu'il présente.

On procède ensuite à la résection de la vaginale. Ici deux procédés sont en présence : ou bien réséquer une partie de la vaginale, selon le procédé de Julliard, et suturer ce qui reste sur le cordon et le testicule, de façon à reformer la cavité vaginale, mais une cavité adéquate à son contenu, dont les feuillets sont intimement accolés l'un à l'autre ; l'autre procédé consiste à réséquer dans sa totalité le feuillet pariétal de la vaginale, de façon à supprimer la cavité séreuse, le testicule se trouvant libre dans le scrotum.

Ce procédé est évidemment rationnel, mais d'une technique assez compliquée dans certains cas. Entre des mains peu exercées, la blessure du cordon ou de l'épididyme est facile à pratiquer. De plus, la tranche vaginale saigne avec assez d'abondance, et nécessite une hémostase très minutieuse sous peine de voir apparaître, dans les jours qui suivent, un énorme hématome des bourses. (*Quinzaine thérapeutique.*)

M. Jaboulay a préconisé, récemment, une méthode dont le résultat paraît aussi radical et qui échappe aux difficultés que nous venons de mentionner. C'est le procédé très simple et très élégant de l'*éversion de la vaginale* ou *retournement*. La technique de Jaboulay comprend quatre temps : 1° Incision longitudinale du scrotum ; 2° décortication du feuillet fibro-vaginal et de son contenu, comme si l'on voulait pratiquer une castration ; 3° incision, dans toute sa hauteur, de la vaginale décortiquée, évacuation du liquide et retournement de cette enveloppe autour de la partie inférieure du cordon et de l'épididyme, fixation dans la nouvelle position par une suture lâche et peu étendue au catgut le long du cordon. Ce temps, en quoi se résume l'originalité du procédé, est difficile à décrire, et plus encore à comprendre, lorsqu'on ne l'a pas vu exécuter. Il consiste, en somme, à retourner en doigt de gant le feuillet pariétal de la vaginale, autour du cordon, de façon à ce que le testicule soit en contact direct avec le tissu cellulaire du scrotum. Le résultat obtenu est identique à celui que poursuit la résection totale de la vaginale : la cavité séreuse est détruite ; 4° fermeture des plans superficiels. Ce procédé est d'une exécution facile. Les résultats en sont excellents. Aussi la plupart des chirurgiens le considèrent comme le traitement de choix de l'hydrocèle vaginale.

Du lait cru.

M. le Dr Halipré (de Rouen) a fait au Congrès de Pédiatrie de Rouen une communication au sujet de la supériorité du lait cru sur le lait pasteurisé et sur le lait stérilisé.

Le chauffage, dit M. Halipré, suffit pour modifier les propriétés du lait et atténuer sa digestibilité. *A fortiori* en est-il de même de la pasteurisation et de la stérilisation. Dans ces conditions, certains enfants ne peuvent supporter le lait ainsi modifié, alors qu'ils digèrent le lait cru. On est donc autorisé à leur donner cet aliment sous la réserve qu'il s'agisse de lait d'une bête saine, recueilli aseptiquement dans un récipient stérilisé, et mis au frais.

Ces conditions sont difficiles à réaliser dans la pratique, néanmoins elles ont été obtenues à Rouen dans une vacherie modèle ; les animaux y sont éprouvés par les injections de tuberculine ; la traite a lieu deux fois par jour : les trayons sont lavés à l'eau distillée et le personnel se savonne auparavant les mains.

M. Halipré espère que la loi qui défend l'introduction d'antiseptiques dans le lait pour assurer sa conservation fera une exception pour l'eau oxygénée. Il résulte, en effet, des travaux de Renard, que lorsque le lait est additionné d'une quantité d'eau oxygénée à douze volumes ne dépassant pas 2 %, au bout de six à huit heures, celle-ci est décomposée en eau et en oxygène qui se dégage, de telle sorte qu'il ne reste plus rien dans le lait, qui cependant se conserve sans subir d'altérations beaucoup plus longtemps que le lait ordinaire.

M. Poulain (Bagnoles-de l'Orne) déclare que d'après ses documents personnels et les renseignements que lui ont fournis ses confrères, médecins-inspecteurs des enfants assistés, dans l'Orne, la mortalité des nourrissons, qui était de 9 à 10 % quand on obligeait les nourrices à employer le lait stérilisé, est tombé à 6,9 depuis qu'on a autorisé le lait cru. Il est vrai que la surveillance des médecins est très active. La traite a lieu deux fois par jour, le lait est mis au frais, recueilli proprement dans des vases propres. Ces mesures sont mieux accueillies, mieux exécutées par les nourrices que la stérilisation, dont la pratique leur semble trop difficile. (*Bull. Médical.*)

M. Deshayes (Rouen) préconise aussi l'usage du lait cru en se basant sur une pratique de plus de vingt ans.

M. Ausset (Lille), en théorie et en principe, est d'accord avec M. Halipré, mais il estime qu'il y a grand danger à préconiser le lait cru, étant données les difficultés d'assurer son intégrité. Il voudrait voir fonctionner l'organisation dont a parlé M. Halipré pour s'assurer que le lait est aseptique. Son prix de revient forcément élevé, l'impossibilité pour un ménage d'ouvriers, de garder ce lait intact pendant les journées chaudes, rendent l'usage du lait cru impossible dans le peuple, c'est-à-dire là où justement la mortalité infantile est la plus forte.

Le Régime dans les affections du foie.

Dans un récent rapport à la Société de Thérapeutique, M. le Dr Linossier a exposé clairement les principes du régime alimentaire dans les affections du foie. Deux principes dominent ce régime :

1° Il faut ménager les fonctions gastro-intestinales d'un hépatique et améliorer les troubles dyspeptiques.

2° Ce régime doit être modéré en quantité.

Ces deux principes découlent de l'observation des rapports existant entre l'appareil digestif et le foie et du développement pathologique de ce dernier organe sous l'influence d'une alimentation excessive.

Cela dit, il est intéressant de connaître l'action des principales substances alimentaires sur le foie.

Les substances albuminoïdes ont une influence excitante sur la fonction biligénique. Nencki et Pawlow ont montré que l'on peut conserver vivants assez longtemps des chiens chez qui on a abouché la veine porte dans la veine cave inférieure de manière à soustraire à l'action du foie le sang venant de l'intestin. Si l'on donne de la

viande à ces chiens, ils sont pris d'accidents nerveux souvent mortels. La viande devient donc un poison, quand la cellule hépatique est insuffisante.

La graisse a aussi une action nocive sur le foie, sans qu'on puisse l'expliquer. Il en est de même des hydrocarbonés à forte dose.

Dans un régime qui doit être peu substantiel, il faut peu ou point de viandes. La question de savoir si les viandes blanches sont ou ne sont pas préférables aux viandes rouges n'est pas résolue.

Le lait est l'aliment qui excite le moins la cellule hépatique. Il est diurétique et permet l'élimination des substances mal élaborées par le foie. Le lait ne doit cependant pas être pris en trop grande quantité, mais plutôt être substitué à une quantité équivalente d'aliments.

Les légumes frais, petits pois, haricots verts, asperges, artichauts, scorsonères, salades cuites diverses sont recommandables.

Les légumes indigestes, choux, navets, raves, radis sont défendus. La carotte ne doit sa réputation séculaire qu'à sa couleur. Les fruits sucrés, bien mûrs, sont laxatifs, diurétiques et se transforment dans l'organisme en carbonates alcalins.

Il faut défendre les acides, le vinaigre, les épices, le chocolat et l'alcool.

Comme boisson, le vin blanc et l'eau commune sont indiqués.

Remarquons, pour terminer, que l'huile d'olive, bien que corps gras, agit comme laxatif parce qu'on la donne à une dose supérieure à celle qui peut être facilement assimilée. Remarquons aussi que l'œuf qui contient 1.75 pour 100 de cholestérine, substance constitutive principale des calculs biliaires, n'est pas absolument interdit aux lithiasiques, puisque l'ingestion de cholestérine n'augmente pas la proportion de cette substance dans la bile...

L'artério-sclérose cérébrale.

Dans un article de la *Revue internationale de clinique et de thérapeutique*, M. le Dr E. Ricklin indique, en quelques lignes, le traitement de l'artério-sclérose cérébrale : M. Huchard, dit-il, prescrit l'iodure de potassium à la dose quotidienne de 1 à 3 grammes ; pour favoriser la tolérance, il conseille d'associer à l'iodure, l'extrait thébaïque :

Rec.	Iodure de potassium.....	10 grammes
	Extrait thébaïque........	0, 10 centig.
	Eau......................	300 grammes

M. — Chaque cuillerée à soupe de cette solution renferme environ 50 centigrammes d'iodure. A prendre par cuillerées à bouche aux repas, dans un peu de lait ou de bière.

On commence par des doses faibles, qu'on élève progressivement. La médication est continuée de la sorte pendant un an ou dix-huit mois, avec des interruptions mensuelles de huit jours d'abord et plus longues dans la suite.

Dans une très intéressante étude, parue il y a quelques semaines, le docteur A. Erlenmeyer, s'est autorisé des résultats de sa pratique personnelle pour préconiser le mode suivant d'institution de la médication iodurée, dans les cas d'artério-sclérose cérébrale récente :

Tout d'abord, il recommande l'emploi simultané de l'iodure de potassium et de l'iodure de sodium.

Puis, il insiste sur la nécessité de débuter d'une façon en quelque sorte « insidieuse », dans l'administration des deux iodures, moyennant quoi on réussit à prémunir les intéressés contre l'écueil de l'iodisme. Aux débutants, il prescrit :

Rec.	Iodure de potassium.......	1 gramme.
	Iodure de sodium.........	1 —
	Eau distillée........	240 —
M.		

Cette solution (0,83 0/0) est notablement plus faible que celles couramment employées. *On en fait prendre trois fois par jour* 20 c. c. (une forte cuillerée à bouche) pour commencer, ce qui équivaut à environ 50 centigrammes d'iodures par jour. A chaque renouvellement de la prescription, on élève de 1 gramme la dose *de chaque iodure* ; c'est-à-dire que la seconde solution contiendra 4, la troisième 6, la dixième 10 grammes des deux iodures réunis. Conséquemment, quand le malade en est à sa dixième bouteille, avec ses trois prises quotidiennes de 20 c. c., il absorbe journellement 5 grammes d'iodures (2 gr. 5 d'iodure de potassium et 2 gr. 5 d'iodure de sodium). A ce moment, il en est arrivé au trente-septième jour de sa cure, et quand il en aura fini avec sa dixième fiole, il aura donc absorbé en l'espace de quarante jours 110 grammes des deux iodures (55 grammes de chaque).

Chez les malades, qui sont déjà dotés d'une certaine tolérance pour les iodures, Erlenmeyer débute par des doses plus fortes.

D'autre part, il insiste sur la nécessité de faire prendre l'iodure, pendant les repas, dans un véhicule alcalin, et de préférence dans de l'eau minérale bicarbonatée sodique. Il insiste sur la nécessité d'associer au traitement le régime alimentaire qu'on a coutume d'adjoindre aux cures alcalines et qui comporte entre autres choses l'interdiction des fruits et des boissons acides. En procédant de la sorte, en faisant boire abondamment les malades, Erlenmeyer n'a pas eu à compter une seule fois avec des accidents graves d'iodisme. Et pourtant, il a érigé en règle de faire poursuivre la cure, sans la moindre interruption, contrairement à ce qu'on a coutume de faire. Il fait répéter les cures à des intervalles plus rapprochés, en se guidant sur ce précepte général : plus les manifestations initiales de l'artério-sclérose ont été graves et plus il a fallu prolonger une première cure pour obtenir une amélioration franche, moins il faudra attendre avant d'instituer une nouvelle cure.

Pour ce qui est des prescriptions qui se rapportent au régime alimentaire des artério-scléreux, elles sont devenues de notoriété courante. On peut les résumer dans ces quelques mots : alimentation aussi peu carnée et aussi peu fatigante que possible, réduisant au minimum les chances d'auto-intoxication. Repas légers. Prohibition des mets et des boissons acides. Interdiction sévère des boissons alcooliques.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Professeur Hayem

Névroses et gastropathies.

Existe-t-il des troubles sécrétoires de l'estomac relevant de perturbations nerveuses ? La majorité des auteurs l'admettent et, théoriquement, cette opinion est soutenable. La physiologie démontre, en effet, que certains nerfs, le pneumogastrique particulièrement, agissent sur la sécrétion de l'estomac : on peut logiquement penser, dès lors, que tout état morbide influençant le nerf vague aura pour résultat de modifier le suc gastrique dans ses qualités ou dans sa quantité.

Pratiquement, la démonstration des troubles sécrétoires d'origine névropathique est loin, tant s'en faut, d'être faite. Nous allons, à cet égard, étudier la question avec plus de détails et envisager successivement l'hyperchlorhydrie, l'hypersécrétion et l'anachlorhydrie.

Si vous ouvrez les traités de pathologie, vous y voyez un chapitre consacré à l'hyperchlorhydrie dite protopathique, affection qui, pour les uns, relève d'une cause mal définie et, pour les autres, est une névrose des nerfs sécréteurs.

Pour trancher le débat, je vais m'appuyer sur les recherches anatomo-pathologiques que j'ai entreprises depuis nombre d'années : eh bien ! dans tous les cas d'hyperchlorhydrie, dont il m'a été donné de faire l'autopsie, j'ai constamment rencontré un groupe important de lésions glandulaires. Depuis que j'ai publié ces recherches, les médecins qui ont bien voulu les contrôler ou examiner mes propres coupes se sont accordés à dire que l'hyperchlorhydrie coïncidait bien avec une ou même plusieurs formes de gastrite glandulaire. Certains, il est vrai, ont ajouté : le trouble secrétoire est le premier en date, la lésion muqueuse lui étant secondaire.

Une telle façon de voir n'est pas, selon moi, fondée et voici pourquoi. Les idées pathogéniques applicables à l'estomac sont assurément celles qui régissent les autres organes. Si une inflammation parenchymateuse de la poche gastrique peut procéder de perturbations fonctionnelles d'origine nerveuse, pourquoi n'admettrait-on pas que, pour la néphrite par exemple, le trouble fonctionnel commence aussi avant l'altération anatomique : or, il n'est venu à la pensée de personne de faire de la néphrite une affection secondaire de source névropathique. D'autre part, si l'hyperchlorhydrie était constituée par un trouble sécrétoire créant la lésion parenchymateuse, cette dernière devrait offrir une forme simple, unique. Or, il n'en est rien : on rencontre, au contraire, ici, toute une série de modifications pathologiques des tissus, pouvant créer d'ailleurs plusieurs types d'hyperchlorhydrie.

Cliniquement, néanmoins, rien n'est plus fréquent que la coexistence de l'hyperchlorhydrie avec les symptômes nerveux extra-stomacaux et telle est certainement la raison qui a incité les auteurs à donner à l'hyperchlorhydrie une origine nerveuse. C'est là seulement, comme je viens de le montrer, une apparence que ruinent les constatations anatomo-pathologiques.

Ces considérations ont une conclusion intéressante qui est la suivante : quelle que soit sa variété, l'hyperchlorhydrie constitue un état morbide permanent, lié à des modifications structurales de l'estomac, probablement indélébile et dure toute la vie, exception faite des hyperchlorhydries causées par une irritation artificielle temporaire, un médicament par exemple. Il n'existe, dans la littérature médicale, aucune observation probante démontrant que l'hyperchlorhydrie puisse être une affection passagère, qui surviendrait par crises, dans l'intervalle desquelles l'état redeviendrait absolument normal. Quand on étudie les cas publiés, on arrive à se rendre compte qu'il s'agit d'observations prises incomplètement. Si, en dehors des crises, vous pratiquez un examen chimique du suc gastrique, vous trouvez toujours le même type (moins accusé sans doute) que pendant la crise : preuve indiscutable de la permanence du mal. Quant aux formes passagères, méritant réellement ce titre, elles concernent des individus momentanément sous l'influence d'irritations superposées, habituellement médicamenteuses. Il n'est pas une seule observation qui sorte de ce dilemme : j'ai recueilli, par contre, plusieurs centaines de cas montrant le type fixe avant, pendant et après la crise.

Ceci établi, je me hâte d'ajouter que, de toutes les variétés de gastrite, la forme hyperchlorhydrique est celle qui paraît influencer le plus le système nerveux : les gastropathies hyperpeptiques prédisposent plus que les autres aux complications névropathiques.

Passons, ensuite, à l'hypersécrétion.

La plupart des auteurs semblent admettre que l'hypersécrétion marche de pair avec l'hyperchlorhydrie. Il y a là une erreur importante à redresser. J'ai décrit une hyperchlorhydrie à sécrétion faible et une hypopepsie à sécrétion augmentée. Ici encore, on a considéré l'hypersécrétion comme ayant une origine nerveuse. L'irritation des nerfs secréteurs (le fait est indéniable) peut augmenter la sécrétion glandulaire. On comprend mieux même, physiologiquement, l'augmentation que la modification sécrétoire, l'hypersécrétion que l'hyperchlorhydrie. Des glandes établies sur un type anatomique seront capables de donner plus ou moins de suc ; mais comment, sans dégénérer, fourniraient-elles un suc différent ? Il est certainement plus logique d'accepter l'idée d'hypersécrétion nerveuse que d'hyperchlorhydrie nerveuse.

Rien n'est plus difficile à établir d'une façon certaine que l'existence de l'hypersécrétion. J'ai déjà consacré à ce sujet plusieurs leçons et voici, en quelques mots, ce que vous devez en retenir :

Il faut, d'abord, distinguer deux variétés d'hypersécrétion, l'une, *perdigestive*, se produit pendant le cours de la digestion. Vous avez des malades qui, pendant leur digestion, sécrètent une quantité abondante de suc, allant au-delà de la normale. L'autre, *post-digestive*, concerne des individus dont la sécrétion, de quantité très variable, est prolongée ; une fois le déclanchement produit par le contact des aliments, l'estomac ne s'arrête pas et il continue à fonctionner après la digestion. Je ne me sers pas du mot « gastro-succorrhée », car il est sujet à confusion. Quelquefois les malades sécrètent deux ou trois heures de trop, puis cela cesse et le matin, l'estomac est

vide. D'autres fois, la sécrétion peut être assez prolongée pour que vous trouviez du liquide à jeun.

J'ai eu l'occasion de faire l'examen histologique de cas nets d'hypersécrétion perdigestive, chose assez rare. J'ai trouvé une gastrite glandulaire hypertrophique pure, de l'hypertrophie avec élongation des glandes, variété de gastrite elle-même peu commune. La grosse difficulté est de distinguer l'hypersécrétion des états morbides voisins. Dans cette affection, au cours de l'acte digestif, le pylore se ferme, l'évacuation est gênée, souvent sans qu'il y ait dilatation notable. Il est facile de croire à une rétention gastrique et la confusion a été faite fréquemment. Eh bien ! si nous rencontrons dans le diagnostic de l'hypersécrétion un tel embarras, que sera-ce si nous voulons aborder le côté pathogénique : comment pourrons-nous dire qu'il s'agit d'une névrose stomacale !

Arrivons maintenant à l'anachlorhydrie, à l'apepsie. On a expliqué certaines anachlorhydries par un état névropathique comme on a admis une hyperchlorhydrie d'origine nerveuse. Anatomiquement, l'apepsie répond soit à de l'atrophie gastrique, soit à ce que j'ai désigné sous le nom de transformation muqueuse des glandes pepsinigènes, les glandes anciennes faisant place à un type nouveau ne produisant plus de suc actif.

Les auteurs admettent cliniquement, deux variétés d'apepsie : une forme nerveuse, une forme organique, à laquelle on peut ajouter une troisième décrite par Marcius sous la qualification d'apepsie congénitale. Que doit-on penser de ces distinctions ? La forme organique va toute seule et ne demande pas de commentaires. D'où vient qu'on a admis une forme nerveuse ? Pour expliquer les anachlorhydries, les achimies temporaires. Ainsi chez un malade, vous notez un jour le type apepsique, puis à quelque temps de là vous rencontrez à l'analyse un suc normal. Vous concluez qu'il s'agit d'une forme nerveuse. J'aurais voulu discuter cette opinion sur des faits relatés : or, chose singulière, les observations de ce genre sont très rares dans les publications médicales. C'est une théorie reproduite un peu partout sans exemples cliniques. Et cependant, l'achimie temporaire n'est pas une chose rare, c'est même un type très fréquent et très facile à comprendre.

Voici un sujet atteint d'une affection stomacale quelconque qui n'a pas détruit l'appareil glandulaire. Il prend, dans un but thérapeutique, des médicaments susceptibles de déterminer une lésion catarrhale, un catarrhe muqueux ou muco-purulent. Il devient incapable de sécréter et le repas d'épreuve donne alors un type hypopeptique. Laissez l'estomac au repos pendant un ou plusieurs mois ; la lésion, si l'ingestion médicamenteuse nocive n'a pas été trop prolongée, se régénère et les infiltrations interstitielles se résorbent : voilà un individu qui se remet et devient au besoin hyperpeptique. De tels exemples sont fréquents et ils expliquent parfaitement bien les soi-disant hypopepsies de cause nerveuse. Pour moi, la question est aussi claire que le cristal ; les apepsies momentanées sont des états gastriques dus à des actions médicamenteuses. Ainsi, l'hyperchlorhydrie peut devenir l'apepsie, passagèrement ou définitivement, si l'usage des drogues a été trop prolongé. Personnellement, je ne base jamais mon diagnostic sur le type observé au premier examen et qui peut être entièrement différent du type réel lorsque des médications perturbatrices ont été employées.

Faites prendre, je suppose, à un sujet, de l'iodure de potassium et vous créez artificiellement une gastrite hypopepsique. Un de mes élèves, expérimentant sur des chiens, montra, au moyen de coupes de la muqueuse gastrique, que les cellules à glandes pepsinigènes étaient modifiées, le suc gastrique produit étant inactif et manquant de ferment. Supprimant au bout de peu de temps l'iodure, il vit réapparaître le type digestif ordinaire. Les modifications temporaires du chimisme stomacal, les apepsies transitoires, s'expliquent de cette manière.

Doit-on, à côté de cela, admettre une apepsie congénitale ? Chez des individus apparemment bien portants, vous êtes parfois étonnés de rencontrer de l'apepsie dont, dans les antécédents, vous ne découvrez pas la cause. Celle-ci semble inconnue et comme, d'un autre côté, ces malades se trouvent être des névropathes, vous êtes amenés à dire : apepsie nerveuse. Fréquemment aussi, ces faits s'observent chez les enfants, ce qui a fait supposer une insuffisance congénitale de l'estomac. Or, je crois avoir découvert l'explication logique des cas en question, le jour où j'ai montré que les maladies infectieuses touchaient souvent les fonctions de l'estomac. La diphtérie, la broncho-pneumonie, et d'autres affections générales analogues peuvent créer une gastrite dégénérative probablement d'origine toxique qui conduit à la destruction des cellules glandulaires. Telle paraît être la genèse d'un grand nombre de soi-disant apepsies nerveuses dont le point de départ demeure, *a priori*, obscur.

Je vais terminer cette leçon en vous parlant d'un certain nombre de syndromes, de groupements de symptômes, également nerveux et gastriques ; les crises gastriques, l'aérophagie, le mérycisme et la rumination.

Vous connaissez bien les crises gastriques. Pour moi elles ont une origine centrale, mais il est bon de savoir que divers auteurs admettent une origine périphérique, une espèce de névrose du pneumogastrique. Ces crises sont quelquefois les seules manifestations nerveuses des gastropathies.

De toutes les névroses, la neurasthénie est celle qui a le moins de relations avec les crises gastriques. L'hystérie, la vésanie, le tabes ont beaucoup plus d'importance à ce point de vue. Je n'oserais pas nier que la neurasthénie n'ait aucun rapport avec les crises douloureuses gastriques, mais cliniquement leurs relations de cause à effet sont pour ainsi dire exceptionnelles. Dans le cours des gastronévroses organopathiques, par contre, les crises sont volontiers provoquées par la médicamentation. Supprimez le médicament et le cas va se simplifier. Le malade restera gastropathe nerveux, mais il n'aura plus de crises. Voilà le fait le plus ordinaire qui rend compte d'un grand nombre de pseudo-crises d'ordre neurasthénique.

L'aérophagie doit être divisée en deux variétés. L'une simple se rapproche de l'ancienne dyspepsie flatulente, stomacale ou intestinale. L'as-

*

tre, éructante, relève toujours d'une névrose centrale ; c'est l'aérophagie des hystériques.

Quant au méricisme et à la rumination, ils s'observent très rarement dans la pratique courante de la ville. Ces deux troubles sont intéressants néanmoins. Ils se rencontrent dans les états morbides cérébraux d'une certaine gravité, l'imbécillité ou l'idiotie, parfois chez les neurasthéniques à forme cérébrale.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PRATIQUE MÉDICALE

Un mot sur le traitement médical de l'appendicite.

L'appendicite est toujours sur la sellette ; son traitement chirurgical et surtout le moment de l'intervention sont l'objet d'ardentes et intéressantes controverses.

Je ne veux point revenir sur ce sujet et je tiens à m'occuper aujourd'hui du traitement médical ; car. n'en déplaise à certains interventionnistes à outrance, il existe un traitement médical de l'appendicite et ce traitement est souvent très efficace et très suffisant.

Il se compose : du repos, de la diète, de la glace et de l'opium, telle est du moins la prescription classique. Eh bien ! je trouve cette prescription déplorable et absurde en ce qui concerne la glace et l'opium.

Voici mon avis, basé sur des observations déjà nombreuses.

Le repos absolu est indispensable, le malade ne doit faire aucun mouvement.

La diète doit être complète, je me contente d'apaiser la soif par quelques gorgées d'eau de Vals toutes les heures, pendant 24 à 48 heures, puis du lait coupé, etc.

Mais je remplace la glace, qui est néfaste (parce qu'elle cache la douleur à la pression et trompe le médecin, parce que cette sensation de froid ne fait qu'augmenter les coliques) par de larges cataplasmes chauds avec, ou non, application de pommade mercurielle. La farine de graine de lin est délayée dans une solution de sublimé, le cataplasme est recouvert avec du papier pour garder longtemps sa température initiale. C'est autrement commode que la glace et bien plus efficace.

En ce qui concerne l'opium, j'avoue que sa vogue me laisse rêveur.

Ajouter de parti pris l'empoisonnement stercoral à l'empoisonnement appendiculaire est du « similia similibus » bien déplacé à mon avis ; en outre, l'opium augmente encore la prostration.

Je donne du calomel associé à très peu de benzo-naphtol, en 6 paquets le premier jour (dose suivant l'âge) de demi-heure en demi-heure, de façon à obtenir une ou deux selles et je n'hésite pas à recommencer plusieurs fois dans le traitement.

Voilà qui semblera bien révolutionnaire ou bien retardataire (les deux sont souvent synonymes) à beaucoup de confrères et cependant c'est logique. L'intestin et le péritoine malades, enflammés, douloureux, doivent être calmés et désinfectés : cataplasmes et calomel remplissent bien ces indications. Immobiliser l'intestin, c'est augmenter l'infection. Pas de drastique, c'est évident, mais un peu de calomel et je vous l'assure, le résultat est d'accord avec la logique pour démontrer que j'ai raison.

Dr Le Ray,
(de Nantes).

THERAPEUTIQUE

Le thiocol contre la tuberculose pulmonaire.

Le thiocol est le sel de potasse de l'acide ortho-sulfo-gaiacolique. Sa constitution chimique est représentée par la formule :

$$C^6H^3 \begin{cases} OH \\ OCH^3 \\ SO^3K \end{cases}$$

Il se présente sous la forme d'une poudre blanche formée de cristaux microscopiques. Il est inodore et presque sans saveur. Très soluble dans l'eau, même en solution concentrée, il n'a aucune action irritante sur les muqueuses, ce qui présente un avantage considérable. Il renferme 50 % de gaïacol. Les solutions aqueuses donnent avec le perchlorure de fer une coloration violette caractéristique qui se change en jaune blanchâtre, par addition d'ammoniaque ; cette réaction permet de le distinguer de son isomère, le para-sulfo-gaïacolate de potasse qui prend, dans ces conditions, une teinte semblable à celle du vin de Bordeaux rouge.

Il présente, sur la créosote, le gaïacol et ses dérivés, les avantages suivants : 1° absence d'odeur ; 2° supériorité de la saveur ; 3° sa très grande solubilité et par suite sa facilité d'absorption ; 4° aucune action irritante sur les muqueuses. Ces propriétés doivent attirer l'attention du clinicien. Pour ma part, je n'ai jamais rencontré de phénomènes d'intolérance, aussi bien chez l'enfant que chez le vieillard, et il n'y a pas à redouter avec ce produit les symptômes d'intoxication si fréquents après l'emploi de la créosote. Je dois ajouter, que, d'après mes expériences personnelles qui remontent à près de deux ans, le thiocol ne semble pas avoir de contre-indications.

Il ne trouble pas la nutrition comme la créosote ; il ne soustrait à l'organisme ni sel de potasse, ni soufre. De plus on sait de quelle façon favorable agit le soufre sur la muqueuse des voies respiratoires, or le soufre qu'il contient vient renforcer l'action de ce produit et c'est pourquoi il agit si favorablement dans la tuberculose pulmonaire. Voici, d'ailleurs, à ce sujet, les conclusions de la thèse très remarquable de Gripon (1) :

1° Le traitement médicamenteux doit venir en aide à la cure diététique de la tuberculose souvent insuffisante.

2° Parmi les médicaments préconisés contre cette affection, le seul qui ait une action directe est la créosote, mais elle a des inconvénients qui proviennent de ses propriétés physiques et chimiques.

(1) Thèse de Paris 1903.

3° Ces inconvénients sont plus ou moins atténués quand on utilise ses composants ou ses dérivés, gaïacol, carbonate de gaïacol ou de créosote, etc.

4° Le sulfogaïacolate de potasse ou thiocol est, de tous ces dérivés, le plus avantageux, tant par sa facile solubilité dans l'eau que par l'absence d'odeur et de saveur, ce qui permet de l'administrer sous les formes communes de sirop, cachets, etc., même chez les enfants.

5° Le thiocol provoque l'élimination des acides sulfo-conjugués ; il n'a aucune action directe ni sur la bile ni sur le sang ; il est assimilé dans la proportion de 72 à 75 %. Sous l'influence de son administration, le sang se trouve dans des conditions plus favorables pour lutter contre le bacille tuberculeux.

6° Le thiocol est un stomachique remarquable par le relèvement de l'appétit ; il provoque l'augmentation du poids corporel dans des proportions parfois considérables.

7° L. thiocol a une action antifébrile très marquée dans la tuberculose ; la fièvre diminue dans les premiers jours du traitement : il en est de même des sueurs nocturnes.

8° Le thiocol est encore susceptible d'être utilisé dans des affections non tuberculeuses, particulièrement dans les entérites aigües ou chronique, où les résultats obtenus ont été satisfaisants et aussi dans la bronchite aigüe et la fièvre typhoïde.

Une particularité des plus importantes du thiocol est sa toxicité. Cela constitue, chez l'enfant principalement, un avantage considérable. Cette propriété a été bien mise en évidence par les travaux de Rossback (1) qui a pu administrer à des chiens jusqu'à 30 grammes de thiocol par jour sans amener le moindre accident. De même Schnirer (2) a mis en lumière sa solubilité et son absorption parfaites.

Nous avons vu que l'action antiseptique de la créosote était des plus problématiques et que même, d'après nombre d'auteurs, Manquat entre autres, cette action serait bien peu vraisemblable, tout au moins en ce qui concerne le bacille de Koch. Mes expériences personnelles me permettent d'affirmer que, sous l'influence du thiocol, le nombre des bacilles de Koch diminue très rapidement. Dans vingt cas de tuberculose au premier et au second degré, les crachats examinés avant l'administration du thiocol contenaient des nombreux bacilles de Koch. Au bout d'un mois de traitement, nouvel examen bactériologique des crachats : dans tous les cas, les bacilles spécifiques avaient notablement diminué ; dans deux cas, les bacilles avaient disparu au bout de trois mois de traitement, dans six cas, au bout de cinq mois ; tous les autres cas sont encore en observation, mais le nombre des bacilles diminue à chaque examen bactériologique.

J'ai toujours observé, sous l'influence du thiocol, le relèvement de l'appétit. Dans beaucoup de cas, les malades, soumis au régime de la suralimentation, supportent mal, à un moment donné, l'excès d'aliments introduits dans leur tube digestif ; le dégoût se fait vite sentir, l'embarras gastrique, les troubles intestinaux, accompagnés parfois, comme je l'ai observé, d'angiocholite. se manifestent et le malade perd rapidement ce qu'il a gagné ; sous l'influence de ces troubles digestifs souvent fébriles, la tuberculose subit une recrudescence : c'est du terrain perdu qu'il est souvent bien difficile de regagner.

Depuis que j'emploie systématiquement le thiocol, j'ai renoncé à la suralimentation intensive. La médication thiocolée m'a toujours paru exciter l'appétit et maintenir dans un état d'intégralité parfaite le bon fonctionnement de l'estomac et de l'intestin, qu'il s'agisse de tuberculose pulmonaire ou de tuberculose intestinale. Dans ces conditions, les malades, soumis du reste à une bonne aération et aux autres prescriptions classiques d'hygiène, ont toujours augmenté de poids.

Un malade s'est présenté à ma consultation atteint de tuberculose du sommet gauche, au 2e degré ; il dit avoir beaucoup maigri, ce qui est d'ailleurs facile à constater : il pèse à ce moment 61 kilogr. Au bout de quinze jours de traitement, il a gagné 2 kilogr. ; quinze jours après il a gagné 4 kilogr. ; huit jours après, il a encore gagné 2 kilogr., ce qui fait, en 38 jours, une augmentation de poids de 8 kilogr. pour une taille de 1 m. 70.

Dans tous les autres cas que j'ai observés, l'augmentation de poids a toujours été progressive, plus ou moins rapide suivant les circonstances, mais elle a été constante. Chez les caverneux intoxiqués, j'ai obtenu le *statu quo*, au point de vue du poids et c'est déjà un grand résultat ; sans doute, l'augmentation peut aussi s'obtenir, mais bien plus lentement.

J'ai eu à soigner cinq cas de tuberculose fébrile ; la température variait, le matin, entre 37°5 et 38° et le soir, entre 38° 4 et 39°5. La quinine, l'antipyrine et le pyramidon n'abaissaient que bien peu la température et déterminaient soit des sueurs, soit des troubles gastriques ; l'émaciation se produisait à marche rapide ; l'appétit était nul. La médication thiocolée m'a donné, dans ces cas, les meilleurs résultats. Au bout d'un temps variant de trois à dix jours, la température était redevenue normale, l'appétit renaissait et le poids augmentait bientôt de 1 kg. à 2 kg. par semaine.

Chez cinq de mes malades, j'ai observé également de la tachycardie, phénomène qui ordinairement assombrit le pronostic. Dans 4 cas, la tachycardie a disparu au bout de quinze jours ou trois semaines de traitement ; le cinquième malade est actuellement encore en observation.

De plus, dans la très grande majorité des cas, j'ai pu constater que les sueurs nocturnes cessaient rapidement.

Les malades atteints de tuberculose à forme congestive, avec ou sans hémoptysie, se trouvent singulièrement améliorés par l'emploi du thiocol ; dans ces cas, en effet, le thiocol n'est pas contre-indiqué, comme la créosote, et je n'ai pas vu, sous l'influence du traitement, les hémoptysies se renouveler, ce qui tient, sans nul doute, à l'action si favorable de ce produit contre le processus tuberculeux.

Sous l'influence du thiocol, l'élément catarrhal est notablement modifié ; la toux devient moins pénible, de plus en plus espacée ; si le malade a des quintes, s'il a cette toux émétisante des an-

(1) ROSSBACK. — *Therap. Monatsch.*. 1899, n° 2.
(2) SCHNIRER. — *Klin. Ther. Woch.*, 1900, n° 35 et 36.

ciens auteurs, ce phénomène si pénible ne tarde pas à disparaître ; le malade peut de ce fait reposer la nuit, et au bout d'un certain temps, variable suivant les cas, la toux même disparaît tout à fait complètement dans les cas légers, et combien de malades qui toussaient au moindre effort ne font-ils plus que toussoter de loin en loin.

L'expectoration suit une marche parallèle : les crachats diminuent rapidement et même ne tardent pas à disparaître dans les cas légers. Dans les cas plus graves, la même amélioration se produit, mais plus lentement ; cependant, en règle générale, l'expectoration change vite de caractère, sa qualité s'améliore. Le thiocol permet donc de tarir l'expectoration, tout au moins dans les cas graves, de la diminuer notablement et de lui faire prendre son aspect purulent.

Les signes stéthoscopiques, chez les malades peu profondément atteints, s'amendent d'une façon remarquable et finissent par disparaître : c'est la guérison. Dans les cas plus intenses, on observe toujours, plus lentement, il est vrai, une amélioration notable à la percussion et à l'auscultation. Il en résulte une gêne beaucoup moins considérable de la respiration. La dyspnée, ce phénomène si pénible, disparaît rapidement ou elle est singulièrement diminuée, la respiration est plus profonde, les malades peuvent parler, monter un escalier, faire un effort, sans être arrêtés par la gêne respiratoire.

Chez l'enfant, j'ai observé les mêmes résultats que chez l adulte ; je dois même ajouter qu'à cas égaux, l'amélioration s'obtient plus vite chez l'enfant que chez l'adulte.

Chez les tuberculeux, à la période cavitaire, la cicatrisation semble pouvoir parfaitement s'obtenir ; la toux et l'expectoration diminuent notablement, l'expectoration peut même être tarie et la place d'une poche sécrétante devient une surface sclérosée.

Le thiocol est donc le médicament de choix dans la tuberculose pulmonaire ; parfaitement accepté et toléré, il n'est contre-indiqué dans aucun cas et il remplit toutes les indications.

Antithermique, il abaisse la température des tuberculeux fébricitants ; il relève l'appétit, et par conséquent les forces, avec augmentation constante des poids, d'après mes observations personnelles ; les dyspeptiques non seulement le supportent, mais voient la dyspepsie disparaître, sous son influence ; la sécrétion bronchique est singulièrement modifiée, elle change de caractère, diminue, puis disparaît : la toux et les phénomènes locaux suivent une marche parallèle. Enfin, son action microbicide est indéniable.

Tels sont les résultats que, d'après mes observations, je crois être en droit d'affirmer. Ces observations sont confirmatives des travaux de Kerhoven (1), Drago et Motta Coco (2), Dombrowsky (3), Fasano (4), Frieser (5), Fuchs (6), Gessler et Marcus (1), Johnston (2), Kaplansky (3), M. Lafont et Lombard (4), Maramaldi (5), Mendelsohn (6), Morin (7), di Renzi et Boeri (8), Schoull (9), Vogt (10), Winternitz (11), Ausset (12), Gillet (13), Martial (14), Berlioz (15), etc., etc.

(1) *Exper. ueber die Wirkung des Thiocol bei tuberculose*, Berne, 1899, et *Bull. gén. de Thér.*, 1900, n° 15.
(2) *Klin. Ther. Woch.*, 31 et 32, 1902.
(3) *Revue des Militarhosp*, 1 et 2, 1902.
(4) *Arch. intern. di méd. e chir.*, 1899, n° 12.
(5) *Thérap. Monatschrift*, Heft XII.
(6) *Wien. Klin. Runtschau*, 21 et 22, 1902.

(*A suivre*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'assistance médicale dans le Lot-et-Garonne.

Nos confrères du Lot-et-Garonne ont tenu à réserver à l'Assemblée générale de l'Association des médecins de France l'exposé de l'acte syndical de capitale importance par lequel ils ont assuré le Service Médical de l'Assistance dans leur département.

Le *Bulletin médical* nous permettra de lui emprunter cette communication de Mr le Dr de Gaulejac (d'Agen) que l'heure avancée de la séance ne rendit pas assez sensationnelle, et qui, comme le dit M. le Dr Janicot, eût dû être l'objet de chaleureuses félicitations et d'une ovation bien sentie.

Le Dr Baches, qui exerce à Sos, sur les confins des Landes, réunit un jour quelques confrères amis et leur dit : « Nous avons toujours soigné les indigents par pure philantrophie ; une loi nouvelle, non encore appliquée dans notre département, accorde des honoraires aux médecins pour ce service. Ces honoraires, réclamons-les et versons-les dans une bourse commune qui servira à assurer à chacun de nous une modeste retraite lorsque l'heure du repos aura sonné. »

Ce projet parut si séduisant qu'il fut soumis à un referendum ouvert à tout le corps médical du Lot-et-Garonne.

Etrange résultat, fait peut-être unique depuis que l'on consulte des médecins, ce fut à l'unanimité que les 126 médecins agenais acceptèrent le projet. Une commission fut aussitôt nommée pour permettre de lui donner une sanction pratique.

Les principes qui guidèrent la commission dans ses travaux furent les suivants : « Chaque médecin devait s'engager à assurer le service de l'assistance médicale gratuite dans toute l'étendue de la circonscription où se trouvait sa clientèle ordinaire, en partageant le travail aussi équitablement que possible dans les circonscriptions où exercent plusieurs médecins. Les médecins chargés du service devaient abandonner tous les honoraires qui pouvaient leur être dus pour ce service. Ces honoraires, centralisés dans la caisse d'une société de secours

(1) *Médic. Corresp. des Wurtt, Aerzt. Land.* 2 et 3, 1899.
(2) *Merck's Archiv.*, 1901, n° 11.
(3) Tubercul. infant. et Thiocol, Thèse, Paris, 1900.
(4) *Progrès médical*, 26 avril 1902 et 14 mars 1903.
(5) *Gaz. intern. di med. prat.*, 1899, n° 3.
(6) *Deutsche Aerzte Ztg*, 1900, n° 21.
(7) *Bull. officiel Soc. méd. des prat.*, 1902, n° 4.
(8) *Bull. gén. de thér.*, 30 oct., 1899.
(9) Schoull. — *Journ. des prat.*, 1900, n° 33.
(10) *Revue de thérap.*, 1901, n. 24 et *Bull. gén. de thér.*, 1902, n. 1.
(11) *Deutsche Aerzte Ztg.*, 1903, n. 1.
(12) *Pédiatrie pratique*, novembre 1903.
(13) *Gaz. maladies infantiles*, janvier 1904.
(14) *Archiv. de thérap.*, février 1904.
(15) Communication à la Société de médecine de Paris, février 1904 et *Progrès médical*, mars 1904.

mutuels, devaient servir à créer une caisse de retraite ; mais voulant faire une œuvre plus généreuse que financière, la commission décida que, dès le début du fonctionnement de la société, les confrères âgés de plus de 60 ans toucheraient, sinon une pension de retraite, du moins une allocation annuelle renouvelable.

Quel était le moyen légal de réaliser tous ces projets ?

Le choix de la commission s'arrêta à la forme syndicale. Un syndicat paraissait seul capable de traiter avec le conseil général de Lot-et-Garonne, organisateur légal de l'A M. G. Un syndicat existait déjà dans le département ; ses statuts furent revisés, débarrassés de tout ce qui pouvait déplaire à certains confrères, et, le 18 juillet dernier, *le syndicat médical comptait* 126 *membres sur* 126 *médecins exerçant dans le pays* !

Muni de pleins pouvoirs, le bureau se présente à la préfecture et demande au préfet de proposer au Conseil général de charger le syndicat médical d'assurer le service de l'A. M. G. moyennant un chiffre global annuel d'honoraires de cinquante mille francs.

Le préfet parut tout d'abord étonné de cette demande si peu conforme à ce qui se faisait ailleurs, et il demanda à en référer au ministre ! En référer au ministre ! Notre projet nous paraissait un peu compromis. Quel temps allait demander cette consultation ministérielle ?

Or, *quatre jours après*, au moment où s'ouvrait la session du Conseil général, M. Combes, se souvenant qu'il était notre confrère, autorisait par dépêche le département à traiter avec le Syndicat ! La session du Conseil général a lieu ; nous sommes appelés devant cette assemblée, et au nom du Syndicat médical nous acceptons de soigner tous les assistés pour une somme globale de cinquante mille francs, qui sera versée par quart, tous les trimestres, entre les mains du trésorier du syndicat.

Le traité est fait pour trois ans et renouvelable par tacite reconduction, sauf avis contraire de l'une des parties trois mois avant la session ordinaire du Conseil général. Pour cette somme de cinquante mille francs, le syndicat s'est engagé à assurer aux assistés, quel que soit leur nombre, les soins médicaux et chirurgicaux.

Dans cette même séance, le Conseil général acceptait comme tarif chirurgical le tarif dit girondin, décision importante pour nous en cas de contestation au sujet de la loi sur les accidents du travail.

En possession de notre traité, certains de la somme que nous allions toucher, nous avons rédigé les statuts de notre nouvelle société de secours mutuels, société annexée au Syndicat médical, ainsi que l'autorise la loi de 1884. Cette société, recevant des membres de tout âge et désirant donner aux plus âgés des avantages immédiats, décida que chaque année, sous le nom d'allocation aux membres âgés, une somme, dont le chiffre serait fixé par l'assemblée générale, serait distribuée entre tous les médecins âgés de plus de 60 ans et entrés, en 1903, dans le syndicat, âgés de plus de 45 ans.

Pour les membres plus jeunes, entrés dans la société avant l'âge de quarante-cinq ans, les statuts exigent l'accumulation d'un capital destiné à former un fonds de retraite. Pour calculer ce prélèvement, nous nous sommes servis des barêmes adoptés par la *Caisse de retraite des médecins français*. Nos ressources nous le permettant, nous accumulons ainsi chaque année une somme de 125 fr. par membre pour venir au secours des veuves, des orphelins et des malades ; enfin, lorsque le capital dit de réserve, capital destiné à assurer une certaine élasticité au fonctionnement des caisses de retraites sera suffisant, chaque année les médecins non encore retraités, mais âgés de plus de soixante ans, recevront, sous le nom de participation aux bénéfices, une avance sur leur retraite. Des dispositions spéciales, encore un peu incomplètes, permettent à chaque syndicataire de retrouver, en cas de liquidation, une partie de ses avances.

Voilà, Messieurs, l'exposé de notre œuvre. Dans un avenir prochain, nous pourrons vous dire quels en sont les avantages et les inconvénients.

Les inconvénients ? Le premier, un des plus sérieux, réside dans le fond même du traité. Nous nous engageons, pour un prix forfaitaire de 50 000 francs, à soigner tous les indigents de Lot-et-Garonne, quel que soit leur nombre. On voit tout de suite le danger que nous courons ; l'allongement des listes d'assistance. C'est évidemment un des points faibles de notre œuvre. Cependant, pour éviter, autant que possible, cet allongement indéfini des listes d'assistance, le bureau du syndicat a exigé la convocation du médecin aux séances des bureaux d'assistance. S'il le juge à propos, le confrère lèse pourra esquisser — je dis : esquisser — un semblant de résistance et prévenir aussitôt le bureau du syndicat.

Ce bureau, par l'intermédiaire de son président, reste en rapport direct avec le Préfet. C'est devant ce magistrat que nous porterons directement nos réclamations bien fondées. Les pouvoirs du préfet, pour obtenir des radiations, sont très grands ; je n'en veux pour preuve que ce qui s'est passé dans l'Aude, où le préfet demanda et obtint 300 radiations dans trois communes seulement. D'autre part, le préfet sera d'autant plus disposé à nous écouter que nous avons pris l'engagement moral d'éviter que les dépenses pharmaceutiques s'élèvent à un chiffre trop considérable.

Le Conseil général et l'administration préfectorale se sont parfaitement rendu compte qu'à ce point de vue nous tenions en maîtres les cordons de la bourse ; les dépenses pharmaceutiques seront ce que voudra le corps médical. Ouvrez les comptes rendus de M. Monod et vous verrez de quel poids la pharmacie surcharge certains budgets départementaux.

Enfin, notre traité n'est fait que pour trois ans. Si les conditions sont trop dures pour nous, en 1906 nous reprenons notre entière liberté. Qu'est-ce que trois ans, si notre expérience doit réussir !

Une deuxième difficulté a vivement préoccupé quelques confrères. C'est celle-ci : les avantages de la combinaison sont les mêmes pour tous ; le travail sera-t-il aussi exactement réparti ?

Pour arriver à cette répartition aussi juste que possible de la clientèle indigente, nous avons demandé à nos confrères d'une même localité une entente cordiale. C'est, me dira-t-on, chercher la quadrature du cercle. Pas autant qu'on pourrait le croire. La question de l'A. M. G. présentée par nous a été le signal d'une trêve dans notre département, et c'est sans difficulté que nous avons pu organiser le service dans les 386 communes de notre département. Le partage des clients se fait sur des listes dressées au début de l'année dans les localités où se trouvent plusieurs médecins. En cas de contestation, le bureau du syndicat servira de médiateur. Il est juste de dire que la richesse du Lot-et-Garonne est à peu près la même partout, que l'on n'y rencontre pas les énormes agglomérations des départements du nord, sièges de grandes richesses mais aussi de grandes misères.

J'ajouterai, en terminant, que notre Syndicat a inscrit d'office tous ses membres à la Société locale agrégée de l'A. M.G.

Cette affiliation indique l'esprit qui nous anime. Ce n'est pas seulement une pure affaire financière que nous avons créée, c'est une œuvre où les principes de solidarité confraternelle, qui sont l'honneur de notre grande association, sont inscrits à toutes les pages. Je n'en veux pour preuve que ces dispositions de nos statuts qui conservent tous ses droits à un confrère *malade*, quelle que soit la durée de sa maladie. Ces mêmes dispositions donnent à la veuve des secours d'autant plus considérables que le nombre de ses enfants est plus élevé.

Toujours la philanthropie sur notre dos.

Puisque l'« Union médicale » de la rue du Colisée se montre très satisfaite de la publicité que nous lui faisons, il n'y a vraiment pas de raison pour la cesser.

Nous enregistrerons donc aujourd'hui deux documents arrivés presque coup sur coup.

Le premier n'est autre chose que le procès-verbal de la dernière réunion du Conseil général des Sociétés d'arrondissement, qui s'est ému, comme le Syndicat de la Seine, des conséquences possibles de cette création éminemment philanthropique. En voici l'extrait fort suggestif :

Après avoir donné connaissance des pièces ci-dessus, (1) M. Ducor ajoute qu'il lui paraît utile de porter à la connaissance du plus grand nombre de médecins possible l'article du *Concours* et le texte intégral de la réponse.

Sans abuser des commentaires, on peut faire quelques remarques :

La circulaire adressée au public ne présume aucune condition, au point de vue de la situation sociale des adhérents ; sous la seule réserve d'un versement annuel de cent francs, les soins intégraux sont dus à ces adhérents, aux membres de leur famille et « *toutes autres personnes salariées résidant habituellement avec eux* » ; l'entreprise s'adresse donc aux gens ayant plusieurs domestiques ; n'insistons pas sur le caractère philanthropique de l'entreprise.

Le médecin de famille, d'après les signataires de la réponse, serait l'exception dans la classe moyenne qui « en général, pour ne pas dire toujours, attendrait un cas d'urgence pour s'assurer le concours d'un médecin ». C'est le contraire qui est justement l'expression de la vérité, c'est surtout dans la classe moyenne que le médecin trouve ses clients les plus fidèles et les plus exacts ; la clientèle, dite riche, a beaucoup plus de tendance à courir les consultations, contrôler les dires de son médecin, et ce n'est pas toujours dans ces milieux que l'on trouve la plus grande régularité pour le paiement des honoraires.

En ce qui concerne les rapports confraternels, ils paraissent jugés par une citation de la réponse et par un simple calcul d'arithmétique. « *Sûrs d'être compris à demi-mot*, lit-on dans la réponse, nous nous bornerons à indiquer sommairement.... Et enfin la réforme de certains abus, portant atteinte à la dignité professionnelle, *sur lesquels il vaut mieux ne pas s'étendre.* »

Quoiqu'en termes élégants ces choses-là soient dites, elles constituent, au vrai, une restriction qui laisse croire à la généralisation de ces « certains abus *sur lesquels il vaut mieux ne pas s'étendre.* »

Cachez ce « mot » que je ne saurais voir.

Après la citation, le calcul. L'adhérent verse un abonnement annuel de cent francs (circulaire au public), donnant droit aux soins fournis par 80 médecins de quartier, 10 chirurgiens, 10 accoucheurs, 3 spécialistes, soit un état-major de 23 médecins. D'autre part (circulaire A. Guépin du 23 mars 1904), le médecin de quartier reçoit 25 francs par adhérent, les 75 francs restant sont évidemment répartis entre les 23 membres de l'état-major médical ; car il est indiscutable qu'une œuvre aussi *philanthropique* ne peut entraîner de frais d'administration. On ne voit pas d'intermédiaire nécessaire entre le médecin et l'adhérent, c'est-à-dire le client.

Dans ces conditions, il est facile de voir que 80 clients rapporteront en moyenne 25 francs à chacun des 80 médecins dits de quartier et 260.85 à chacun des 23 membres de l'état-major médical ; c'est-à-dire que, sur 100 francs versés par chaque adhérent, chaque médecin de quartier recevra une moyenne de 0.31 — je dis 0 *franc trente-un centimes* — chacun des 23 autres recevra 3 francs 26 centimes, c'est-à-dire dix fois plus, sous réserve de quelques frais qui paraissent devoir être insignifiants.

M. Plateau demande que l'on insiste particulièrement sur le côté pseudo-philanthropique de cette entreprise, dans le but surtout d'éviter aux jeunes médecins, qui pourraient accepter de bonne foi d'en faire partie, une erreur possible ; une pareille entreprise, comme on l'a déjà dit, ne peut leur rapporter ni honneur ni profit.

M. Cayla pense que les Sociétés d'arrondissement seraient parfaitement qualifiées pour faire à cette œuvre la publicité qu'elle mérite et pour s'adresser directement dans ce but à tous les médecins de l'arrondissement faisant ou ne faisant pas partie de la Société.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent ensuite plus particulièrement part MM. Vimont, Dignat, Tolédano, Piot, Paul Guillon, il est décidé à l'unanimité des membres présents :

« Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement estime qu'il y a lieu d'engager les médecins à ne pas adhérer à la combinaison dite : *l'Union Médicale* de la rue du Colisée.

« Les Sociétés médicales d'arrondissement sont engagées à user de leur influence, dans la limite de leurs moyens, dont elles restent juges, pour éclairer les confrères appartenant ou non à ces Sociétés.

« La plus grande publicité sera donnée aux documents extraits du *Concours Médical* et à la présente discussion. »

Le secrétaire général adjoint: Dr Piot. *Le secrétaire général* : Dr Ducor.

Mais ce n'est pas tout.

L'autre soir, nous parcourions un journal qui se publie entre chien et loup et nous avons eu la satisfaction d'y trouver l'aveu (dépourvu d'artifice) de ce que les philanthropes de la rue du Colisée poursuivent sous le couvert des sympathiques formules de la mutualité. S'il se rencontre des confrères qui, après avoir lu le morceau suivant, doutent encore du bien que veut aux médecins l'Union dite médicale (!!), c'est à désespérer de leur aveuglement ou à craindre qu'ils ne gagnent même pas de quoi manger du pain tous les jours.

La Mort des Morticoles.

La médecine « à forfait ». — Une idée ingénieuse. — Résistances médicales. L' « Association » contre l' « Union ».

M. de Verez à mon entrée, se leva. Il arrondit lentement son geste. Il sembla me désigner la suspension, les cartonniers neufs, la vaste table encombrée de papiers, un fauteuil enfin.

— Asseyez-vous, Monsieur.

Je devinai ces paroles. M. de Verez est un homme grisonnant et respectable ; il est vêtu d'une redingote ample dont le col se hausse jusqu'à sa nuque quand il lève la main.

— Je voudrais que l'on fît le moins d'articles possible sur notre tentative. Le public se méfie de la réclame, et il a bien raison. Pourtant, je suis très reconnaissant à la *Presse* de nous venir en aide, et j'espère que notre conversation servira de réponse à certaines attaques... Voici en quelques mots le but de l' « Union Médicale » : Moyennant un abonnement annuel de cent francs, payable par fractions, nos adhérents ont droit, pour eux, les membres de leur famille et leur personnel domestique, à la gratuité des consultations et des visites d'un médecin du quartier, des consultations et des visites d'un chirurgien, des soins d'un médecin accoucheur spécialiste et des soins donnés par des spécialistes pour les maladies des yeux, du larynx, du nez, etc.

(1) N. D. L. R. Ce sont les documents que nous avions publiés et qui ont été lus par la plupart des médecins de Paris, (environ 2.500).

— C'est une sorte d'assurance contre la maladie ?

— En effet...

— Mais vous ne vous adressez pas aux classes indigentes.

— Non. Nous ne saurions nous adresser aux indigents qui ont les bureaux de bienfaisance, les sociétés de secours mutuels, les hôpitaux... mais qu'a-t-on fait jusqu'ici pour les classes moyennes, les fonctionnaires, tous ceux qui exercent des professions libérales au début de leur carrière, les petits rentiers enfin ? Ceux-là ne peuvent, sans risquer de diminuer leurs ressources, affronter les honoraires élevés des accoucheurs et des chirurgiens en renom. Les hôpitaux leurs sont fermés et s'ils en forcent les portes, n'est-ce pas au détriment des vrais nécessiteux, dont ils prennent la place ? J'ai vu, Monsieur, de modestes employés sacrifier leurs économies, et même emprunter pour payer les frais d'une opération qui sauvera peut-être leur femme ou leurs enfants. Car les chirurgiens, le plus souvent, exigent d'avance le prix de leurs soins.

— Cependant, on a vu certains princes de la science renoncer à leurs honoraires. La charité...

— La charité, Monsieur, est, en ce cas, sublime de la part du docteur et douloureuse pour celui qui l'accepte. Imaginez un père, un époux, obligé d'avouer sa situation, d'implorer, d'émouvoir... Et puis, il y a les morticoles, ces médecins indignes et sans pitié qui débattent froidement le prix d'une vie. Les discussions d'argent entre malades et praticiens ne doivent pas exister !... Aussi bien, je pense que le docteur éprouve une petite gêne à recevoir cinq ou dix francs comme un cocher ou un commissionnaire. C'est diminuer le prestige, le rôle quasi-sacerdotal, l'*influence* du médecin.

— Ne vous a-t-on pas reproché de vouloir domestiquer les médecins ?...

— Naturellement !... On nous a reproché bien autre chose. On a traité d'arriviste le docteur Guépin, chirurgien de l'hôpital Péan, qui dirige ici les services médicaux ! L'Association des médecins de la Seine s'est émue. Il lui a semblé perdre tous ses clients et son journal nous a voués aux pires catastrophes. Il faut voir avec quelle âpreté elle se défend et tente d'intimider les médecins de l'« Union » ! « Quand vous serez ruinés, leur dit-elle, ne venez plus tendre la main à la porte du « Sou Médical » et des autres Société de défense. Nos œuvres de pieuse solidarité ne sont pas faites pour les traîtres de celle-ci. Mutualistes de mauvais aloi, idolâtres de collectivités qui nous sont hostiles et ne rêvent que notre asservissement, ils règleront sans nous leurs comptes avec les maîtres dont ils se font les valets, et c'est là qu'il faudra déchanter. Rira bien qui rira le dernier ». Et je ne vous cite là qu'un passage !...

— Avez-vous répondu à cette attaque ?

— Nous avons répondu longuement, le docteur Guépin et moi. Notre lettre fut insérée. Ils n'y trouvèrent pas de réponse. D'ailleurs cette polémique nous a valu des adhérents. Vous voyez avec quelle angoisse certains docteurs accueillent notre tentative ! Mais elle doit triompher malgré eux et l'œuvre sera poursuivie.

— Combien avez-vous de médecins, actuellement ?

— Un pour chaque quartier, sans compter les spécialistes attachés à l' « Union ». Plus tard, le nombre augmentera suivant le nombre d'abonnés. Tous les médecins qui se croient une mission sociale se rallieront à nous sans que nous ayons à le leur demander.

Aussi bien, qu'y perdront-ils ?... Ils seront nos associés et ils auront cet avantage d'être accueillis comme des confidents et philantrophes, puisqu'ils procureront aux malades le moyen d'avoir chez les pharmaciens les médicaments avec un rabais considérable et ils n'éprouveront pas cette petite honte d'être payés dans l'ombre d'une pièce... quelquefois fausse !...

M. de Verez se leva. Bien qu'il ne prononce ni les « dentales » ni les « sifflantes », sa voix étrange m'était devenue intelligible. Son projet me passionna soudain. J'objectai que des obstacles naîtraient sans doute de l'incompréhension du public.

— Nous tiendrons quand même ! s'écria M. de Verez. On fait du bien aux foules malgré elles, et les grandes idées seules triomphent. « L'Union médicale » est basée sur une grande idée et notre joie sera d'avoir sauvé des malheureux et tué les despotiques morticoles.

M. de Verez brandissait son mouchoir avec enthousiasme. Il le haussa au bout de ses doigts et pencha la tête. Le col de sa redingote vint frôler sa nuque. J'attendis un discours fougueux... Mais M. de Verez se moucha — et si bruyamment que deux tiroirs d'un cartonnier tout à coup s'ouvrirent.

Georges Casella.

(*La Presse*, 26 avril)

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Le Sou médical jugé par un des siens.

Les Syndicats médicaux et leurs Unions sont les instruments de défense professionnelle pour les intérêts généraux du médecin. En outre, à chaque instant, celui-ci peut avoir à défendre des intérêts particuliers, pour ainsi dire personnels, et les Syndicats ne peuvent aider efficacement le médecin dans les difficultés qu'il rencontre, notamment au point de vue judiciaire.

L'instrument de cette défense des intérêts particuliers du médecin existe, c'est le « Sou médical » ligue de protection et de défense professionnelles.

Le « Sou médical » complète l'action des Syndicats, leur laissant tout ce qui est organisation, règle, entente, déontologie, mais conservant le rôle de protecteur individuel, de redresseur des injustices, de soutien moral toujours, et matériel le plus souvent.

Le « Sou médical », écartant de propos délibéré toutes autres considérations, n'a en vue que la situation personnelle du médecin et est pour lui un moyen de défense, un appui sur lequel il peut compter, le jour où ses intérêts privés auraient à souffrir des conditions sociales nouvelles au milieu desquelles il doit vivre, ou bien risqueraient de sombrer en présence d'une calamité qu'il n'aurait pu éviter. Donc, société de *secours, d'aide de défense et de prévoyance*, qui s'adresse à tous, en faveur de tous, des individus isolés aussi bien que des groupes qui existent déjà. C'est une association vivante dont le champ d'action n'est limité que par le chiffre de ses ressources et qui se tient absolument à l'écart de tous les conflits médicaux intérieurs pour concentrer son action contre les seuls ennemis de la profession médicale.

Tel est le programme que le docteur Gassot traçait le 14 novembre 1897, à la réunion du Concours médical où la fondation du « Sou » fut votée d'enthousiasme.

Le moment était bien choisi pour cette fondation : l'indignation du corps médical était portée à son comble par la récente condamnation à des peines infamantes des confrères Lafitte et Laporte, coupables d'avoir, l'un donné des soins à une fille malhonnête qui l'accusa d'avoir pratiqué sur elle des manœuvres abortives, l'autre d'avoir, avec des instruments de fortune, pratiqué un accouchement suivi du décès de la parturiente.

Le « Sou médical » tire son nom du chiffre de la

cotisation qui est de un sou par jour, soit 18 francs par an, les centimes étant supprimés.

Cette cotisation est évidemment un peu élevée, c'est là le principal obstacle au large recrutement de cette ligue (1).

Les médecins riches ne songent pas qu'ils peuvent avoir besoin un jour de l'intervention de cette organisation si forte au point de vue judiciaire et qu'en tout cas ils fourniraient le nerf de la guerre aux déshérités de la profession qui. eux, renvoient de jour en jour à des temps meilleurs leur adhésion pour ne pas grever leur maigre budget déjà si chargé de cotisations diverses.

Bientôt surviennent des difficultés et on regrette amèrement d'avoir manqué de prévoyance, le « Sou » n'intervenant par principe qu'en faveur de ses adhérents, ce qui est de l'équité élémentaire.

L'argent est indispensable pour les dépenses élevées nécessitées par les nombreux services que la ligue rend journellement à ses membres au nombre de près de mille.

Aussi le «Sou» ne cherche pas à capitaliser, les fonds sont tous employés et bien employés dans l'intérêt des adhérents.

La forme légale du «Sou médical» est la forme syndicale, son siège social est à Paris, 23, rue de Dunkerque. Adresser la correspondance au docteur de Grissac, à Argenteuil (Seine-et-Oise), et les cotisations au trésorier, docteur Gassot, a Chevilly (Loiret).

Le «Sou médical» est administré par un conseil d'administration composé de neuf membres : un président, deux vice-présidents, deux syndics, un secrétaire-général, un trésorier, un secrétaire des séances et un trésorier-adjoint.

Le Conseil d'administration statue sur les demandes des adhérents qui veulent obtenir le concours de la ligue. Il décide s'il y a lieu d'accorder l'appui pécuniaire de la ligue et dans quelle proportion cette aide sera fournie.

Deux membres élus chaque année en Assemblée générale sont chargés de contrôler les opérations de la Caisse. Ils adressent à l'Assemblée générale suivante leur rapport sur la gestion du Conseil d'administration. Ils peuvent à toute époque de l'année se faire présenter les procès-verbaux des réunions du Conseil ainsi que les registres de la comptabilité.

Chaque année les membres de la ligue sont convoqués en Assemblée générale pour approuver les opérations de la Société et la gestion du Conseil d'administration, délibérer enfin sur les questions qui leur sont soumises par le conseil. En lisant le compte rendu de ces séances de l'Assemblée générale, on peut juger de l'activité du Conseil d'administration et des services de tout ordre rendus aux médecins. Il serait matériellement impossible de relater ici, même sommairement, toutes les interventions et les résultats obtenus ; un simple coup d'œil succinct suffira pour montrer leur importance.

A. — *Recouvrements d'honoraires*. En premier lieu le «Sou médical» est intervenu fréquemment pour assurer des recouvrements d'honoraires contestés, sans qu'il y ait lieu de croire cependant que le « Sou médical » est une agence de recouvrements difficiles opérant à titre gratuit.

(1) N. D. L. R. Combien paye-t-on pour s'assurer contre l'incendie qui n'arrive jamais ?

Guider ceux qui le désirent dans la marche à suivre sur le terrain de l'ingéniosité et de la conciliation, leur faire connaître leurs droits, redresser leurs erreurs, donner des conseils sur la façon d'intenter une action judiciaire, voilà la règle de conduite pour les cas ordinaires. L'appui de la caisse est forcément réservé aux litiges qui soulèvent des questions d'intérêt général. S'agit-il d'une jurisprudence à faire améliorer à la faveur d'une responsabilité à établir au sujet du payement des honoraires, dans les cas de faillite, de séparation de biens, etc., ou encore de soutenir une revendication légitime sur des chiffres reconnus bien choisis ? La promesse d'appui est accordée, et autant que les ressources le permettent, la caisse vient au secours du Sociétaire engagé.

Dans ces conditions les services rendus par le « Sou médical » ont été presque journaliers ; signalons simplement quelques-uns des points de jurisprudence qui ont été établis ou fortifiés grâce à l'intervention du « Sou » : L'arrêt de la Cour de cassation qui consacre la responsabilité, en beaucoup de cas, de la personne qui appelle le médecin pour le paiement des honoraires est devenu d'une application presque constante. Le médecin a le droit de réduire sa note pour rester sous la compétence du juge de paix, etc.

B.— *Répression de l'exercice illégal*. Le « Sou médical » est toujours sur la brèche pour assister de ses conseils et au besoin de sa caisse tous ses membres et tous les syndicats qui veulent réprimer l'exercice illégal, et si depuis quelques années nous constatons un réveil dans cette partie de la défense professionnelle, c'est à coup sûr au « Sou médical » que nous le devons.

C. — *Litiges avec les collectivités*. 1° Sociétés de secours mutuels : interventions nombreuses pour faire respecter les droits trop souvent méconnus des médecins.

2° Application de la loi sur l'assistance médicale gratuite : nombreux avis et conseils aux confrères.

3° Assurances : On ne peut citer toutes les interventions du « Sou » dans ces questions tant elles sont nombreuses et variées. De concert avec l'Union des syndicats et le Syndicat de la Seine, le « Sou » a mené une vive campagne pour la révision de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail.

C'est grâce au « Sou » que de nombreux jugements, favorables pour la plupart, ont été rendus dans la question de la rémunération des chirurgiens d'hôpital pour soins aux accidentés. La question reste encore à l'étude et le « Sou » guide les médecins désireux de faire sanctionner leurs légitimes revendications.

D.—*Responsabilité médicale*. Le « Sou médical » a rendu les plus grands services pour la protection des médecins menacés dans l'exercice de leur profession et livrés ainsi à la déconsidération, aux peines de toute sorte. Certains clients se font une habitude de soulever à chaque instant la question de notre responsabilité professionnelle. Cette tendance serait même en train de se généraliser. Le « Sou » vient alors en aide à ses adhérents inquiétés par des réclamations injustifiées, soulevées le plus souvent par des clients qui aiment mieux brandir les foudres de la loi que de délier opportunément les cordons de leur bourse.

E.— *Bons offices divers.* Interventions nombreuses, d'ordre et d'utilité différentes : Documenter les intéressés sur les incompatibilités qui existent ou non entre certaines fonctions publiques et certains services administratifs. — Aplanir les litiges relatifs aux cessions de clientèle.. — Arbitrages entre confrères. — Consultations pour réclamations contre le taux de la patente, ou procès en diffamation, ou contestations judiciaires même extra-médicales. — Exercice de la médecine par les médecins étrangers dans les zones frontières., etc., etc.

Ces simples indications suffisent pour montrer l'action utile qu'exerce à chaque instant le «Sou médical».En adhérant à cette organisation, le médecin, au lieu de rester isolé, se sentira soutenu, encouragé, aidé, guidé. Il triomphera ainsi de difficultés que,le plus souvent, livré à ses propres forces, il n'aurait pu surmonter.

Dr Fayard (du Péage-de-Roussillon, Isère)
(in *Bulletin médical de la Drôme et de l'Ardèche*).

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

ET LA RÉCLAME CHARLATANESQUE

Certes, si nous écoutions notre penchant, nous renverrions volontiers à la commission de l'Union des Syndicats qui nous prépare le Congrès de l'exercice illégal, tous les documents que nos lecteurs veulent bien nous faire parvenir sur ce sujet. Ces boniments d'attrape-nigauds tiennent malproprement beaucoup de place.

Mais puisque nous avons commencé avec nos lecteurs cette écœurante collection, ayons le même courage qu'eux et entretenons même le zèle de nos fournisseurs, car il importe que les juristes et magistrats que nous avons entrepris de convaincre soient du premier coup impressionnés par l'étendue de la plaie sociale placée sous leurs yeux, et par la variété des procédés employés pour l'agrandir et la creuser encore.

Aujourd'hui encore c'est le clergé qui donne, si toutefois le clergé n'a pas renié déjà lui-même ces exploiteurs de la santé publique.

LES MIRACLES DE L'ABBÉ SOURY

Dans toute la Normandie et principalement dans la région comprise entre Caen et Rouen, il est d'usage, parmi les paysans, d'employer, lorsqu'une femme est malade, un très vieux dicton :

A confesse l'abbé Soury
L'aura bientôt guérie.

La rime est évidemment médiocre, mais l'intérêt porte sur l'ancienneté et l'origine de ce dicton fameux. Après maintes recherches, et en feuilletant toutes sortes de vieux grimoires dans les archives de Rouen, j'appris enfin que l'abbé Soury, né à Celloville en 1732, mort en 1810, chapelain au prieuré de Saint-Adrien (lieu de promenade des habitants de Rouen), s'était acquis une réputation extraordinaire de guérisseur. En son temps, cette réputation fut au moins égale à celle de l'abbé Kneipp de nos jours, mais, si ce dernier s'est appliqué surtout à guérir la tuberculose, l'abbé Soury, lui, *traitait et guérissait spécialement les maladies des femmes* (1). Le souvenir des innombrables guérisons accomplies par lui est resté si vif parmi cette active population normande qu'il se traduit donc actuellement encore par ce curieux dicton. La méthode, m'avait-on-dit, était basée sur la connaissance approfondie qu'il avait des plantes ; en fait, il passait pour être un peu sorcier, alors qu'il n'était qu'un herboriste incomparable,doublé d'un savant philanthrope (2).

Le hasard qui, parfois, fait bien les choses, m'apprit sur place à Rouen qu'en mourant ses dernières paroles avaient été : « Dieu m'avait mis au monde pour soulager les souffrances de mes semblables » ; le fruit de ses patientes recherches sur les vertus médicinales des plantes et sur les maladies qu'il traitait avait été rigoureusement consigné en un gros volume, d'une valeur inestimable, dont le titre était : *Remèdes de l'abbé Soury*. On m'apprit aussi que le petit neveu du vénérable prêtre était un certain Mag. Dumontier, pharmacien à Rouen, possesseur du précieux ouvrage, vrai trésor pour lui-même et pour ceux qui souffrent. Le but utile de mon étude sur l'abbé Soury m'amenait à lui, je le lui exposai et son accueil fut des plus aimables :

« En effet, monsieur, mon grand-oncle était l'abbé Soury ; on le représente en prairial an X, comme « un ecclésiastique recommandable par les soins qu'il donne à l'humanité souffrante, par ses mœurs douces et tranquilles ».

« Les recettes sont en ma possession, et vous savez peut-être combien sont nombreuses les désespérées que je guéris chaque jour, car, ajoute M. Dumontier, je dois vous dire que dans notre famille il est de tradition de guérir.

« De toutes parts on m'écrit, on me questionne, on sollicite un conseil et elles sont légion, les malheureuses qui, atteintes de métrite, de fibrômes, de tumeurs, de cancers, maux d'estomac, d'accidents du retour d'âge, de phlébites, doivent la vie aux secrets de l'abbé Soury. »

Et M. Dumontier me montre un volumineux paquet de lettres, courrier habituel de chaque jour, où je lis les expressions les plus variées, les plus multiples de reconnaissance et de remerciements.

« Vous voyez donc, me dit M. Dumontier, que nos ancêtres avaient raison de chercher la guérison dans les remèdes que la nature met à notre portée, et surtout dites bien à vos lectrices qui souffrent qu'il existe une véritable Jouvence de l'abbé Soury, extraite d'un très vieux grimoire et que le prêtre peut être quelquefois autre chose encore qu'un médecin de l'âme... »

Sur ces mots je quittai Mag. Dumontier, heureux d'avoir appris que la précieuse formule du célèbre prêtre n'était pas détruite et que, grâce à elle, des milliers de femmes lui devaient le retour à la santé.

Jean le Roux.
(*Union Républicaine de la Marne*, 24 mars 1904.)

LE MASSAGE

Rien ne fera mieux connaître le massage que les conclusions du docteur J. Schreiber, le savant promoteur du massage à Vienne, affirmant que le massage sera couronné de succès dans les cas où il s'agit :

1° De produire un afflux sanguin plus considérable en un point déterminé, et d'exciter la circulation, de fortifier les fibres musculaires et de produire un changement moléculaire par les ébranlements répétés dans les fibres musculaires et nerveuses ;

2° De faire disparaître et résorber les exsudats, les épanchements, les infiltrations dans les organes et les parties accessibles, de détruire les adhé-

(1) N. D. L. R. — Il est remarquable que ces soi-disant prêtres qui versent dans l'exercice illégal se spécialisent surtout dans les maladies des femmes !!!

(2) Toujours la philanthropie !!

rences dans les gaines tendineuses et les articulations ;

3° De produire une oxydation énergique du sang dans les muscles et par ce moyen d'en modifier la composition, de donner à l'organisme un stimulant plus énergique.

Il serait trop long de donner la liste des maladies innombrables traitées par le massage.

Toutes les maladies de l'enfance, bronchites, coliques, indigestions, maux de dents, gonflement des glandes, sont guéries par le massage.

Les organes des yeux, des lèvres, du nez, les joues creuses ou saillantes, les doigts, la taille sont modifiés à volonté. Les taches de rousseur, les lentilles s'effacent par le massage.

Les malaises des jeunes gens, lors de la croissance, du développement, disparaissent par le massage.

Les infirmités de l'âge sont retardées et soulagées par le massage qui produit des effets surprenants dans les maladies provenant de défaut de digestion et de circulation du sang.

L'abbé Meignen, curé de Ménil-en-Xaintois, par Gironcourt (Vosges), après expérience d'un quart de siècle, a résumé, dans une courte brochure, avec gravures explicatives, les plus simples et les meilleures notions pour pratiquer soi-même le massage.

En vente chez l'auteur : 1 fr. 75 contre mandat-carte ou mandat-poste.

(*Journal de la Marne*, 29 mars 1904.)

REPORTAGE MÉDICAL

Association médicale française. — On a communiqué, à la *République de la Sarthe*, dirigée par M. Caillaux, ancien ministre, un programme de l'*Association médicale française*, qui était adressé à un médecin de la Sarthe. Cette Association est destinée à préserver les médecins de la crise médicale ; mais les médecins *catholiques* seulement. Le but de cette Société est défini : « Prendre le médecin *catholique* à sa sortie de l'école et le suivre pendant toute sa carrière en lui facilitant cette carrière *par tous les moyens possibles* ». Le médecin catholique sera recommandé à toutes les personnabilités du pays : évêque, curés, propriétaires, commerçants, maires et conseillers municipaux s'il y a lieu. On lui constituera ainsi une clientèle de choix au moyen d'une petite réclame. Les recommandations seront d'ailleurs faites d'une façon discrète et confidentielle afin que des adhérents ne voient pas, par le fait même de leur association, *s'écarter d'eux la clientèle non catholique. Il s'agit non de spécialiser leur clientèle, mais de leur attirer toute la clientèle catholique.* (*Gazette médicale de Paris*).

Voie ferrée directe entre Paris et New-York. — Projetée depuis quelques mois, elle ne serait qu'un prolongement du transsibérien et, cela va de soi, elle passerait, en tunnel, sous le détroit de Behring. Elle traverserait ensuite l'Alaska, pour se raccorder au réseau canadien. Elle se détacherait du transsibérien à Irkutsk ; de cette station jusqu'au détroit de Behring son parcours serait de 3000 kilomètres. La longueur du tronçon compris dans l'Alaska serait d'environ 6000 kilomètres. Quant au tunnel sous-marin, sa longueur serait de 60 kilomètres.

Les difficultés techniques à vaincre pour construire cette voie ferrée de plus de 9000 kilomètres ne seraient pas extraordinaires, d'après l'expérience acquise par les ingénieurs qui ont participé à l'établissement des voies ferrées les plus septentrionales de notre globe : chemin de fer du Klondyke à la mer, de Moscou à Arkhangel, etc. Le but visé par les protagonistes de la nouvelle ligne n'est autre que l'exploitation des immenses richesses minières de la Sibérie et de l'Alaska.

Le ruban ferré qui relierait ainsi Paris à New-York, en passant par Berlin, Moscou, Irkutsk, Iakutsk détroit de Behring, Alaska, etc., aurait une longueur totale de 18000 kilomètres. (*La Correspondance médicale*).

Asiles publics d'aliénés. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris le mardi 14 juin 1904.

Les candidats devront être Français et docteurs en médecine des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas être âgés de plus de 32 ans au jour de l'ouverture du concours ; ils devront justifier d'un stage d'une année au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chef de clinique ou interne des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Elle devra parvenir le 15 mai 1904, au plus tard, au ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès) qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours.

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de services, d'un exposé de ses titres, d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Hôpitaux et Facultés.

M. Guisez, ancien interne des hôpitaux, commencera à l'Hôtel-Dieu, le mardi 10 mai à 3 h., un cours d'oto-rhino laryngologie. Le cours comprendra 10 leçons et durera trois semaines. Les cours seront suivis de travaux pratiques.

On s'inscrit à la consultation d'oto-rhino-laryngologie, le mardi et samedi de 4 à 6 heures. Le nombre des places est limité à 10. Les droits à verser sont de 40 francs.

Un cours élémentaire et pratique de vénéréologie et de gynécologie commencera le vendredi 10 mai, à 10 1/2, à l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare et se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants.

Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le mardi 3 mai 1904, au laboratoire de bactériologie de la faculté, sous la direction de M. Bezançon, agrégé et de M. Griffon. Les conférences seront suivies de travaux pratiques et auront lieu à 2 h. les mardis et samedis. Les droits à verser sont de 60 francs.

Un cours pratique et théorique sur les maladies de l'estomac commencera le mercredi 18 mai, à l'hôpital Andral, sous la direction de MM. A. Mathieu, et Jean Ch. Roux. Le cours sera complet en un mois. On s'inscrit à l'hôpital Andral, 35, rue de la Tournelle.

Les concours.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris. — Un concours sera ouvert, le lundi 13 juin 1904, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères, pour la nomination :

1° A une place d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) ;

2° A une place d'interne en médecine à l'Institution Sainte-Perine ;

3° A une place d'interne en médecine aux fondations Chardon-Lagache et Rossini ;

4° Et à deux places d'interne en médecine au Sanatorium de Hendaye (Basses-Pyrénées).

Pour entrer en fonctions le 1er juillet 1904.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), à partir du lundi 16 mai jusqu'au mardi 31 mai, de onze heures à trois heures.

Le Directeur-Gérant : D H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 20 13 MAI 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

LA RÉFORME DES ETUDES MÉDICALES

L'enseignement de la thérapeutique.

Interview du Professeur A. GILBERT.

On se représente, parfois, le corps enseignant de notre Faculté de médecine comme un Sénat scientifique, dont les membres, comblés d'honneurs, sont aussi comblés d'années. Si cette opinion, quant à sa dernière partie, avait besoin d'une contradiction, nulle mieux que la personnalité du professeur Gilbert ne pourrait la fournir. Le sympathique Maître appartient à ce groupe de privilégiés — *rari nantes* — qui ont pu revêtir de bonne heure, en pleine jeunesse, la robe rouge tant enviée du professorat, grâce à leur activité scientifique, à leurs travaux et à leur talent didactique : lorsque, il y a 4 ans, la Faculté eut à présenter un titulaire pour la chaire vacante de thérapeutique, elle n'hésita pas, consciente de ne pouvoir faire un meilleur choix, à proposer M. Gilbert, alors agrégé, bien qu'il n'eut pas atteint l'âge réglementaire. Le jeune maître a déjà fait largement bénéficier l'enseignement de ses brillantes qualités. Lundi dernier, dans une interview particulièrement intéressante, il voulut bien nous exposer les améliorations, dont l'enseignement était encore susceptible, nous indiquant où est selon lui le progrès, par quels moyens on peut l'atteindre et quelles sont les difficultés de sa réalisation.

Les obstacles aux améliorations de l'enseignement.

— A la Faculté de Paris, nous dit M. Gilbert, l'enseignement en général et celui de la thérapeutique en particulier, sont certes susceptibles de modifications utiles. Mais, il faut bien le reconnaître, la réalisation de ces progrès se heurte à des obstacles nombreux, les uns matériels, les autres moraux. L'obstacle matériel le plus important est le nombre des élèves à instruire. Ayant à exposer l'art de guérir à plusieurs centaines d'étudiants à la fois, je dois abandonner de ce fait toute tentative de leçons à l'hôpital, au lit des malades. Si l'on veut réunir plus de 20 à 25 élèves dans une salle hospitalière, on décourage vite l'auditoire qui n'arrive ni à entendre, ni à voir convenablement.

Les obstacles moraux sont d'un ordre plus subtil : ils tiennent aux traditions de l'École qui limitent et entravent quelquefois l'initiative personnelle des professeurs ; ils tiennent surtout aux intérêts multiples mis en jeu. Voyez, par exemple, les discussions actuelles relatives aux concours d'agrégation : on entend, de divers côtés, des voix, plus sonores que nombreuses il est vrai, qui réclament l'abrogation de cette belle mesure administrative connue sous le nom de spécialisation des agrégés. C'est l'intérêt privé contre l'intérêt général.

La spécialisation des agrégés et ses adversaires.

La spécialisation des agrégés est une innovation dont l'honneur revient à M. Brouardel et qui a eu la plus heureuse répercussion sur l'enseignement. Antérieurement, les concours universitaires dans les Facultés, se terminaient par la nomination d'agrégés en médecine, sans autre qualificatif. Quelques-uns des nouveaux promus se chargeaient de conférences de pathologie, mais la plupart dédaignaient les diverses spécialités des sciences médicales et les professeurs titulaires de celles-ci ne pouvaient compter que sur leurs propres cours. M. Brouardel modifia cette manière de procéder en instituant la spécialisation des agré-

gés : d'après leur rang et selon leur goût, les agrégés nommés au concours durent choisir une partie de l'enseignement, pathologie, thérapeutique, médecine légale, pharmacologie et ils furent ainsi adjoints aux professeurs, dont ils complétèrent le cours magistral.

Ce système de spécialisation offre, au point de vue de l'intérêt général, des avantages considérables. Grâce à lui, le cours professoral est toujours doublé par des conférences et je sais bien, pour ma part, que si j'étais obligé de suffire seul à l'enseignement de la thérapeutique, il me serait très difficile de donner en une année, comme nous arrivons à le faire, une étude complète des médicaments. La spécialisation des agrégés est aussi la meilleure des préparations au professorat. Avec elle, on ne risque pas d'appeler à une chaire un agrégé qui n'est pas déjà familiarisé avec la branche des sciences médicales dont cette chaire dépend. M. Brouardel connaissait bien cet inconvénient puisque lui-même, agrégé de médecine, avait été nommé, sans préparation antérieure, professeur de médecine légale. Il parvint vite, c'est vrai, à une compétence et à une autorité exceptionnelles ; il se rendit compte, néanmoins, par expérience personnelle, qu'il existait là une lacune majeure à combler. Cette spécialisation, enfin, a une réelle supériorité lorsqu'il s'agit de constituer les jurys d'examens : un 4e doctorat passé devant les agrégés spéciaux de médecine légale, de thérapeutique et de pharmacologie offre autrement de garanties, que cette même épreuve subie devant un jury composé de pathologistes.

Eh bien ! à ce triple avantage se sont opposés des intérêts particuliers, très légitimes, je le veux bien, insuffisants toutefois pour justifier les attaques dirigées aujourd'hui contre le système en question. L'inconvénient de la spécialisation est de contraindre l'agrégé à choisir un enseignement, qui, parfois, n'est pas de son goût. Le goût n'est pas toujours d'ailleurs le seul guide en la matière. Ayant en vue le professorat, le jeune agrégé s'engage de préférence dans la voie qui lui paraît conduire le plus rapidement et le plus sûrement à cette dignité.

Aux adversaires de la spécialisation, on peut répondre ceci : chacun, d'abord, n'est-il pas appelé à choisir d'après son rang de réception ? D'autre part, n'est-il pas constamment possible, sinon de droit, du moins, en fait, de demander et d'obtenir si on le désire une autre spécialité, au concours suivant. Ainsi, M. Netter, à qui était échue la dermatologie permuta sans difficultés 3 ans plus tard avec M. Gaucher.

En somme, si le régime de spécialisation a des petits inconvénients, il a surtout de gros avantages. Ici, l'intérêt général est nettement favorable au *statu quo*. Rien n'empêcherait, certes, de donner satisfaction aux intéressés en autorisant *de droit* (je ne saurais préciser si ce droit existe actuellement) l'agrégé qui a dû accepter contre son gré une spécialité, à la changer au concours suivant.

Il est urgent de signaler le danger que ferait courir à l'enseignement l'abrogation de la spécialisation des agrégés. Souvent, à la Faculté de médecine comme ailleurs, on écoute les plus bruyants, ceux dont les éclats de voix donnent l'illusion de la vérité. On se laisse surprendre par des arguments mieux présentés qu'ils ne sont justes : sous prétexte de réforme, on abandonne des institutions ayant fait leurs preuves pour des nouveautés conduisant à des déboires. Nul plus que moi n'est ami des réformes, mais j'entends

---

FEUILLETON

Pour les jeunes médecins.

Dans un charmant petit livre d'un auteur Genevois (J. Petit-Senn, *Bluettes et Boutades*), je viens de lire un chapitre consacré à la gloire de nos cadets, et, après y avoir pris plaisir, je ne résiste pas à celui de leur en présenter quelques extraits.

Le spirituel auteur nous déclare qu'il aurait désiré être le premier malade d'un Esculape naissant et cela pour les raisons les plus variées, d'abord parce qu'un médecin qui n'a qu'un malade ne peut en conscience se permettre de le négliger, il lui appartient tout entier ; ensuite parce qu'il a la mémoire toute fraîche des cours donnés par ses professeurs et de ses observations faites aux hôpitaux ; les leçons des maîtres résonnent encore à ses oreilles, ou a les primeurs de son érudition.

« Votre maladie est l'unique objet de ses soins, de sa sollicitude ; vous jouissez de sa sensibilité primitive, qu'une longue pratique n'a pas encore émoussée ; votre état est tranché dans son cerveau, il ne s'y embrouille pas avec d'autres cas ; point de distraction dans sa pratique, reduite à une unité d'efforts tout à fait rassurante. Son intérêt, plus encore que son amour-propre, fait de votre guérison le but ardent de ses souhaits ; vous êtes sa réputation, son bien-être à venir, s'il réussit à vous tirer d'affaire ; c'est sur vous qu'il édifie sa fortune, qu'il base sa renommée : bref, vous êtes pour lui la poule aux œufs d'or, qu'il se garderait bien de laisser succomber. Comme vous êtes le premier qui lui ayez confié votre existence, il saura payer votre grandeur d'âme et s'en souviendra toute la vie. Il a fait sur vous ses premières armes ; vous vous êtes offert pour faire l'épreuve présumée dangereuse de la science médicale ; vous avez bravé ce que trop de gens appelaient son inexpérience ; vous avez prouvé qu'on pouvait sortir sain et sauf de ses mains ; vous acquérez en lui un docteur dévoué à vos maux, et un ami vrai qui s'attachera à votre santé car elle sera le premier ouvrage vivant qui témoignera de ses connaissances pratiques. Non, je je répète, ne redoutez point un jeune médecin; cherchez à être son premier malade, et, s'il a l'âme noble, quelques revers qui vous arrivent plus tard, il sera votre dernier ami. »

Eh bien ; malgré son allure badine, il y a beaucoup de vrai dans cette constatation.

Parbleu, il est facile de m'objecter qu'une famille bien posée, où l'instinct de la conservation est fortement développé, se gardera bien de s'adresser d'emblée au nouveau venu, qu'il y a loin de la pratique hospitalière à la pratique de la ville, etc., etc. Il est inutile de répéter toutes les insinuations, tous les propos malveillants que certains concurrents menacés ne manqueront pas de répandre : Oui, sans doute, l'expérience et le sang-froid peuvent faire défaut au débutant, mais on ne saurait mettre en doute son zèle, son désir de s'imposer et d'inspirer confiance. Je ne puis songer sans émotion et sans regret à nos belles ardeurs d'antan, au feu sacré qui nous consummait jadis, mais cette bonne volonte des premières années de pratique trouve bien difficilement à s'exercer ; le public ne sait pas en profiter et ce n'est pas moi qui pousserai les clients à abandonner brusquement leurs anciens guides, à leur tourner le dos avec ingratitude pour courir vers l'inconnu. Les malades n'ont déjà que

des réformes réfléchies, établies sans précipitation, sans cette hâte qui complique les choses et rend certaines situations inextricables. Ne vient-on pas, pour le concours des médecins des hôpitaux, d'adopter une grave mesure dont on ne paraît pas avoir saisi toutes les conséquences : l'*admissibilité* sera désormais acquise, créant ainsi, sans que personne s'en doute, un titre nouveau, pour lequel on ne tardera pas à demander des fonctions, au besoin des compensations... Que les candidats cherchent à obtenir de tels avantages, c'est parfaitement naturel ; que les commissions les acceptent, c'est une autre affaire. L'abrogation de la spécialisation des agrégés, si l'on cédait aux demandes impératives de quelques-uns, serait une faute...

L'enseignement de la thérapeutique.

— J'arrive maintenant, reprend M. Gilbert, à la thérapeutique et voici, quant à moi, la façon dont j'ai réglé l'enseignement. Dans le courant des 8 mois que comporte l'année scolaire, j'expose avec mon ami M. Vaquez, agrégé spécialisé, toute la thérapeutique. Lorsque je dis « toute la thérapeutique », je veux parler uniquement de celle susceptible d'être apprise dans un amphithéâtre, c'est-à-dire l'art de formuler, les régimes et les agents pharmaceutiques.

De nos jours, en effet, l'art de guérir se subdivise en trois parties :

La thérapeutique psychique ;
La thérapeutique physique ;
La thérapeutique chimique.

La psychothérapie, pas plus que la physiothérapie, ne peut s'enseigner dans un amphithéâtre. D'ailleurs, la thérapeutique chimique demeure encore l'essentiel pour le praticien ; l'hydrothérapie, la mécanothérapie, la radiothérapie et la plupart des autres agents physiques n'étant pas abordables à la majorité des malades et n'étant pas à la portée du médecin de campagne et même du médecin des petites villes. Il y a là, cependant, une partie fort intéressante des cures modernes que j'ai cherché à montrer aux élèves en organisant à leur profit des « pèlerinages » à certains établissements de physiothérapie et d'hydrothérapie. J'ai fait visiter, entre autres, aux étudiants, les Thermes d'Enghien, l'établissement sérothérapique de Garches, etc. D'une manière générale, la qualité de l'eau minérale mise à part, les établissements thermaux sont installés d'une manière analogue et, à Enghien, j'ai pu montrer les principaux appareils connus d'hydrothérapie, de massothérapie, d'inhalation et de pulvérisation. Ces « pèlerinages » sont une excellente leçon pratique que nous ne pourrions pas donner à l'école, faute d'installation appropriée.

Le cours régulier de l'année scolaire, de plus, est complété par un cours de vacances, fait sous ma direction avec l'aide de mes chefs de laboratoire, MM. Chassevant et Carnot. Il permet aux élèves dont les études ont été interrompues involontairement, aux candidats ajournés à un examen, de parfaire leur instruction. Ces cours de vacances sont habituellement très fréquentés.

Les améliorations à apporter à l'enseignement.

— Voici maintenant, poursuit le professeur Gilbert, les améliorations dont je souhaiterais la réalisation :

Grâce à l'expérience acquise pendant 14 années d'enseignement, soit comme agrégé, soit comme

---

trop de tendance à être versatiles et inconstants. Mais enfin, puisqu'on prétend qu'il faut que le soleil luise pour tout le monde, je souhaite aux nouveaux diplômés de pouvoir faire montre de leur jeune savoir sans retards préjudiciables, sans avoir à se morfondre dans une interminable et douloureuse attente. Il leur suffira souvent d'un cas heureux, d'une première réussite retentissante, pour conquérir de précieux suffrages et dissiper les préventions. Ce sont habituellement des chroniques délaissés, découragés, qui abordent les premiers leur cabinet ; le plus souvent, il n'y a rien à faire, qu'à continuer les palliatifs déjà prescrits ; mais si le débutant a la bonne chance de triompher de quelque mal caduc, réputé incurable, s'il est novateur heureux, sa hardiesse ou sa chance ne tardent pas à lui donner de l'ascendant. On en parle à la veillée, à la fontaine, au carrefour, surtout en province où on sait tout ce qui se passe chez le voisin ; le voilà posé d'un seul coup ; à lui l'avenir et les riches héritières.

Je ne voudrais cependant pas trop dorer la pilule à nos futurs successeurs, leur dissimuler les difficultés de tout ordre qui les attendent, le stage obligatoire et de plus en plus long qui s'impose. Il est devenu très difficile, même pour les plus méritants de percer, de creuser son modeste sillon. La pléthore persiste..., que dis-je, elle ne cesse d'augmenter et s'il y a beaucoup d'appelés, il y a peu d'élus : *Rari nantes in gurgite vasto*. Il faut pouvoir surnager à travers les obstacles et les écueils, avant de pouvoir aborder au port ; même avec une grande force de résistance, on n'est pas sûr d'y atteindre, d'acquérir la quiétude des situations bien établies et convenablement rémunérées.

C'est pour cela qu'il faut plus que jamais détourner les Eliacins de notre bourgeoisie des professions libérales ; ils ne se doutent pas plus que leurs parents des déceptions qui les attendent.

Pour concilier toutes chose, et, dans l'intérêt de la bonne confraternité, je voudrais voir se répandre la pratique qui a été conseillée aux aînés de la profession, de prendre nos cadets sous leur tutelle, de les initier peu à peu, dans ce stage au choix, de façon à se les donner ultérieurement pour remplaçants. Il ne s'agit pas de se créer un concurrent dangereux, mais au contraire de se faire un disciple, un ami, moins à craindre qu'un rival hargneux, disposé à ne garder aucun ménagement et à n'avoir aucune déférence. Au lieu de laisser le premier venu s'implanter quelque part, là où il y a place pour plusieurs médecins, pourquoi ne pas choisir soi-même celui avec lequel on est destiné à se rencontrer toute une existence, de façon à écarter les compétitions désagréables. On peut vivre en bonne intelligence, même en chassant sur le même terrain, et chacun ne peut que gagner à la bonne entente, basée sur une estime réciproque. Sans compter que, avec un contact fréquent et sympathique, chaque intéressé peut déteindre favorablement sur l'autre. Le doyen peut prévenir les audaces et les emballements du débutant et celui-ci peut le conquérir aux nouvelles méthodes de l'art de guérir, l'empêcher de s'enliser dans la routine et les formules surannées, lui inculquer un peu de sa confiance et de ses enthousiasmes, élargir son horizon.

L'idéal, dans les cas graves surtout, serait d'être soigné à la fois par un jeune et par un vieux médecins, les deux se complétant mutuellement.

Il convient, de reconnaître, en toute équité, que la

professeur, je parviens à passer en revue, chaque année, avec M. Vaquez, la totalité de la thérapeutique chimique, y compris les eaux minérales et les régimes. J'y ai ajouté quelques notions pratiques de physiothérapie, ainsi que je l'indiquais tout à l'heure. J'aurais voulu faire plus et faire mieux et mon idéal eût été de grouper, de réunir dans un même faisceau le plus d'éléments d'instruction possible. J'aurais voulu associer d'une facon intime à mon enseignement non seulement mon agrégé mais encore mon chef de laboratoire, mon préparateur et un certain nombre de médecins « non officiels », de spécialistes libres : chacun serait venu résumer en une ou plusieurs conférences les traitements qui lui sont familiers. Au lieu de faire un cours ininterrompu d'un semestre, j'aurais enseigné toute l'année, comme le font les professeurs de clinique, en intercalant dans mes leçons, à l'heure propice, les conférences de l'agrégé, celles du chef de laboratoire, du préparateur, celles aussi des médecins spécialistes, psychothérapeutes, électrothérapeutes, massothérapeutes, médecins de stations thermales. Ainsi se serait formé, sous ma direction et ma responsabilité, un enseignement plus large où chacun eût apporté sa compétence, compétence à laquelle je ne saurais évidemment prétendre lorsqu'il s'agit de choses aussi particulières qu'une cure thermale, une cure de suggestion, un massage thérapeutique. Après avoir présenté l'histoire des sels alcalins, je suppose, j'eus donné la parole à un médecin expérimenté de Vichy pour parler aux élèves de la médication thermale. Chaque chose fut ainsi venue *in tempore opportuno* et toutes les branches, anciennes ou nouvelles, de la thérapeutique se seraient trouvées à leur place naturelle dans notre programme. Les bonnes volontés, j'en suis certain, ne m'eussent pas fait défaut ; je n'aurais demandé, il va sans dire, de tels concours qu'à bon escient.

Malheureusement, je n'ai pu mettre en œuvre ce projet ni même tenter sa réalisation. La Faculté de médecine n'ouvre pas ainsi ses portes : les usages, les règlements et la tradition ne permettent pas à un professeur, sous sa seule responsabilité, de donner la parole dans un amphithéâtre de l'Ecole, à un médecin étranger. Il me faudrait — chose matériellement impossible — demander chaque jour une autorisation.

Je ne saurais, non plus, considérer comme suffisant le faible budget de mon laboratoire. Il s'élève à la somme minime de 2000 francs. Il est dans le rôle normal du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine, me semble-t-il, de servir dans une certaine mesure de guide au corps médical quand il s'agit d'apprécier la valeur des médicaments nouveaux. Lorsque ce sont des produits français, leurs auteurs nous les apportent souvent et nous n'avons à faire, pour nos essais, que des petites dépenses d'achat d'animaux. Pour les drogues étrangères, au contraire, nées en Allemagne, en Amérique ou ailleurs, il nous faut les acheter. Or, tout médicament à sa période d'étude scientifique est d'un prix excessif, inabordable pour nos modestes ressources. Nous sommes obligés d'attendre que l'agent médicamenteux en question soit devenu commercial, c'est-à dire n'ait plus d'intérêt de recherches.

Il est, enfin, une dernière amélioration qu'il me paraîtrait logique d'apporter à nos moyens d'instruction : sans demander à la Faculté de faire de grosses dépenses d'installations physiothérapi-

---

nouvelle génération médicale ne manque pas en général de mérite et de valeur. Elle a moins de sens clinique, c'est entendu, mais son bagage encyclopédique n'est pas à dédaigner. Les étudiants d'aujourd'hui travaillent plus que de mon temps ; ils sont plus forts en chimie, en microscope, savent mieux faire les analyses, c'est incontestable. Plus aiguillonnés peut-être par le besoin, plus stimulés par la redoutable pléthore, mieux orientés vers une spécialité, ils offrent de réelles garanties et il serait vraiment injuste de ne pas en tenir compte, de les considérer comme des quantités négligeables. Je conçois fort bien qu'un praticien jusqu'alors seul dans une circonscription, ne les accueille pas tout d'abord avec enthousiasme. Si modeste que soit l'héritage d'Alexandre, il est toujours pénible d'avoir à le partager, toujours pénible de se voir amoindri, au moment où on a plus besoin de bien-être et de sécurité, surtout en faveur d'un monsieur parfois fort envahissant, que le respect n'étouffe pas et qui ne se soucie nullement de ne pas blesser les susceptibilités aux aguets. Il ne servirait à rien d'en gémir et de chercher à le discréditer par des procédés déloyaux. La galerie ne demande qu'à s'égayer au détriment des rivaux et à colporter médisances ou calomnies; mais le prestige des intéressés en est toujours compromis. Il serait beaucoup plus sage, d'un côté, de montrer plus de déférence, de ne rien faire pour aggraver la situation; de l'autre, de se résigner au sacrifice, de sauver les apparences et de prêcher d'exemple au point de vue de la bonne confraternité. A quoi bon ressembler à cette pitoyable Mme Bergeret, qui contenait « une âme injurieuse dans un corps épaissi ».

En mûrissant, le fruit doit apprendre à tomber !

Je ne résiste pas au plaisir de répéter ce que Michelet disait déjà de son temps, en se plaçant à un point de vue plus général :

« .... Il faut que la perpétuité soit entretenue, d'une génération à l'autre, par l'intelligence et le respect du passé !... Il faut que le jeune et orgueilleux présent apprenne dans la forme éphémère et défaillante du passé à reconnaître ce qu'il contient d'impérissable, d'immortel, qu'il y révère, dans ce passé radoteur, une part de la sagesse des siècles.

... Je sais bien que l'égoïsme des jeunes générations a son principe dans leur naïf et juste espoir de tout surpasser, dans la force novatrice qu'ils sentent immense en eux, portant l'infini en puissance, et ne sachant pas encore le peu qu'ils en pourront réaliser. Aussi, quoique souvent froissés par l'élan aveugle de ces jeunes esprits, les hommes faits voient cet élan avec plaisir et l'encourageraient plutôt : croissez jeunesse ; à vous le monde ! Hâtez-vous de le saisir ! Notre espoir, c'est que le monde ne diminuera pas dans vos mains ; c'est que vous concourrez, aidés du peu que nous avons fait, à avancer l'œuvre commune des âges. »

Ah ! chers amis, joyeux étudiants, nos fils et ceux de nos amis, jeunes débutants, pleines de sève, comme tout captive en vous et comme vous seriez plus séduisants encore, avec un peu plus de modestie et moins de frondeuse combativité. Sauf ceci, on aime tout en vous, votre présent et votre avenir ; vous faites songer à une radieuse matinée de printemps, à l'aspect de fête d'un départ pour un magnifique voyage ; c'est chantant et plein de promesses ; c'est délicieusement sympathique et combien loin déjà !

Si les déceptions doivent se montrer plus tard, mieux vaut ne pas y penser ; elles viendront toujours assez vite.

Dr GRELLEY (de Vichy).

ques, il serait bon, cependant, que le professeur de thérapeutique ait à sa disposition quelques-uns des appareils particuliers à ces cures nouvelles.

En résumé, trois progrès principaux sont à tenter et à souhaiter : la réalisation, à la Faculté de médecine, d'une sorte d'Institut de Thérapeutique, comprenant le cours du professeur, celui de l'agrégé, les conférences des chefs de laboratoire et de médecins libres, dirigés et choisis sous la responsabilité du professeur titulaire ; l'augmentation du budget dérisoire du laboratoire ; la création d'une installation élémentaire de physiothérapie.

— Estimez-vous, mon cher maître, demandons-nous avant de nous retirer, que du côté des examens de doctorat, tout soit satisfaisant ?

— Il y a peu de chose à dire sur l'épreuve de thérapeutique, répond M. Gilbert. Pour ma part j'estime que, d'une manière générale, les examens de Doctorat sont trop nombreux. Plus on les multiplie, plus ils perdent d'importance. Je préférerais au système actuel l'ancien régime des examens de fin d'année. Mieux vaut un petit nombre d'épreuves sérieuses qu'une multitude d'examens sans grande portée chacun.

D[r] P. Lacroix.

LA SEMAINE MÉDICALE

La stovaïne, anesthésique local.

M. le P[r] *De Lapersonne* a communiqué à l'Académie les résultats de ses recherches sur le nouvel anesthésique local, décrit par MM. Fourneau et Billon, la stovaïne, dans les affections oculaires.

La stovaïne est le chlorhydrate d'amyléine α β. Sa faible toxicité permet de l'employer plus largement que la cocaïne. Il y a lieu, d'ailleurs, de distinguer entre son action superficielle en instillations et ses effets en injections sous-conjonctivales ou sous-cutanées.

En *instillations* la stovaïne permet de faire presque toutes les opérations portant sur la cornée ou la conjonctive, même l'opération de la cataracte. Sauf une légère desquamation épithéliale sans conséquence et d'ailleurs inconstante, elle n'a aucun inconvénient sur la marche de la cicatrisation. Mais elle est inférieure à la cocaïne en ce que son application est toujours plus douloureuse et que, à doses égales, l'anesthésie cornéenne est moins complète et moins durable.

En *injections sous-cutanées* ou *sous-conjonctivales*, la stovaïne nous a paru, au contraire, supérieure à la cocaïne. L'insensibilité est complète en moins d'une minute et dure très largement le temps nécessaire pour une opération. Ses propriétés vaso-dilatatrices favorisent sans doute la diffusion rapide, ce qui n'a pas d'inconvénients en raison de sa faible toxicité.

Nous nous proposons de continuer ces essais, qui nous paraissent très encourageants.

En instillations on pourrait, soit associer les deux anesthésiques, dans la proportion de deux parties de stovaïne pour une partie de cocaïne, soit employer successivement les deux collyres. Ce moyen aurait l'avantage de donner une anesthésie complète, sans modifier ni le tonus, si souvent diminué par la cocaïne, ni la vascularisation de la conjonctive.

La lutte contre le paludisme par la méthode allemande, dans l'Est Africain.

Les Archives de Médecine navale publient un travail de M. le D[r] Souls, sur la méthode employée par les Allemands dans l'Est africain pour combattre l'hématozoaire du paludisme. Voici, en quelques lignes, le plan de campagne adopté par les Allemands : examiner le sang de tous les habitants, indigènes ou européens, et soumettre tous ceux dont le sang contiendrait l'hématozoaire à des traitements successifs par la quinine jusqu'à ce que l'examen n'y décelât plus la présence du parasite. La quinine était administrée pendant deux jours consécutifs, tous les dix jours, à la dose de un gramme par jour ; le sang était examiné tous les huit jours. Au bout d'un an, on constatait que l'hématozoaire avait disparu chez la plupart des individus traités ; mais la proportion de ceux chez lesquels l'infection persistait fut encore trouvée trop forte et la deuxième année la quinine fut administrée pendant trois jours tous les dix jours. Actuellement, on ne trouve plus l'hématozoaire que chez 1 p. 100 des indigènes soumis au traitement et ce sont le plus souvent des formes sexuées, offrant plus de résistance à l'action de la quinine mais ne se rencontrant que dans le paludisme chronique latent : pour ceux-là, les examens du sang et le traitement sont continués jusqu'à la disparition de toute forme de l'hématozoaire. D'autant plus que d'après les observations de Schaudinn, en Italie, les formes sexuées femelles pourraient reproduire à la longue la forme segmentée.

Il semble que l'exécution de ce plan de campagne avec ces multiples examens du sang, cette longue administration de quinine, doive dans la pratique présenter de grandes difficultés et nécessiter un nombreux personnel. Il n'en est rien et ce service fonctionne avec une régularité et une simplicité surprenantes. Les indigènes habitent un quartier spécial qui est divisé en vingt-deux blocs, dont un plan se trouve au laboratoire de bactériologie. Une infirmière exercée, suivie de quelques aides indigènes, se rend dans un des blocs dont elle visite toutes les cases ; elle prélève sur des plaques une goutte de sang de tous les indigènes qu'elle rencontre. Ce sang est examiné au laboratoire par le procédé de Romanofsky. Tous ceux dont le sang contient l'hématozoaire ou dont certaines hématies se colorent mal et présentent du piqueté sont soumis au traitement. Il en est de même pour les enfants, s'ils présentent l'hématozoaire ou s'ils ont seulement de l'hypertrophie de la rate. Quand l'examen d'un bloc est terminé, on passe au suivant et quand les vingt-deux blocs ont été vus, on recommence la série. Toutes les fois que des indigènes arrivent de l'intérieur, la police prévient l'hôpital, qui envoie prélever des échantillons de sang. La quinine est distribuée à domicile par les soins de l'hôpital, qui peut s'assurer ainsi qu'elle est régulièrement prise. Les indigènes se prêtent du reste de très bonne grâce aux examens et au traitement dont

ils ont éprouvé les bons résultats. On y procède par série. ce qui simplifie beaucoup la pratique en évitant une comptabilité trop compliquée. Ce service est assuré par deux infirmières exercées à prélever du sang et à en faire l'examen sous la surveillance et le contrôle du médecin. Trois mille indigènes ont été ainsi traités à Dar-ès-Salaam depuis deux ans d'une façon méthodique et microscope, en mains sous la direction du Dr Olwig, dont la parole fait autorité en Allemagne en matière de paludisme et qui a pratiqué en quelques années trente mille examens du sang Jamais une expérience thérapeutique aussi vaste et aussi rigoureusement conduite n'avait été faite contre l'hématozoaire, et sa portée pratique est incontestable. Les résultats obtenus au bout de deux ans sont les suivants :

Les cas de paludisme chez les Européens sont tombés de 50 p. 100 à moins de 10 p. 100.

Aucun enfant européen ne présente plus l'hématozoaire ni de signe d'impaludation.

On ne voit plus dans la ville les formes graves du paludisme. Les accès pernicieux et la fièvre bilieuse hémoglobinurique ne s'y observent plus.

Les Européens, qui arrivent dans la colonie, prennent la *quinine* préventivement pendant deux mois ; et, ils emploient, en même temps, les moyens recommandés comme prophylactiques (moustiquaires, masques, gants, souliers montants) contre les morsures de moustiques. Les médecins allemands doivent essayer, de plus, de détruire les moustiques dans les marécages.

La dormeuse de Thenelles.

A l'une des dernières séances de la Société d'Hypnologie et de Psychologie, M. le Dr Paul Farez a présenté, au nom de M. le Dr Charlier (d'Origny-Sainte-Benoîte) une longue étude rédigée par ce dernier et consacrée à la dormeuse de Thenelles, qu'il a suivie et soignée pendant ses vingt années de sommeil. Il s'est agi d'un sommeil hystérique survenu à la suite d'une impression morale très violente. chez une prédisposée héréditaire Au début. des injections hypodermiques d'atropine ont ramené la sensibilité par tranches horizontales et symétriques, suivant la disposition métamérique ; puis l'anesthésie s'est établie définitivement. Dans les premiers mois. il survenait, de temps à autre, de grandes crises convulsives qui disparurent rapidement pour reparaître seulement à l'approche du réveil. Comme incidents pathologiques, il convient de signaler des œdèmes de la face et, par intervalles, une teinte ictérique des téguments, surtout au visage. Au début de 1903. apparaît au bras gauche un abcès tuberculeux qui est ouvert; un stylet pénètre jusqu'à l'os et provoque de la douleur ; c'est le premier signe de sensibilité qui se manifeste depuis près de vingt ans. Puis, la malade se met à tousser; un nouvel abcès survient, cette fois à la face dorsale du pied droit, et, à la suite de quelques grandes crises convulsives, la malade se réveille le 22 mai 1903, pour succomber à l'infection bacillaire, le 28 mai, après une agonie douloureuse. Au réveil, les constatations suivantes ont été faites : intelligence nette du présent; abolition du souvenir des faits ayant précédé de plusieurs années le sommeil, et principalement de ceux approchant la crise initiale; perte absolue du souvenir de ce qui s'est passé pendant le sommeil ; affaiblissement de la notion du temps et de l'ordre de succession des jours, subsconcience d'une lacune dans son existence.

M. Voisin. ajoute : Il est curieux de constater que l'infection bacillaire ait provoqué le réveil de la dormeuse de Thenelles. De même, Eudoxie, que j'ai eue jadis, dans mon service à la Salpêtrière, s'est réveillée à l'occasion d'une pneumonie qui devait l'emporter.

Ce rôle des agents toxiques a aussi été très net chez Gésine M.. dont je rapportais tout récemment l'observation. Elle est sortie d'un sommeil hystérique qui durait depuis dix-sept ans et son réveil a coïncidé avec l'apparition de l'albumine dans ses urines.

Le bégaiement graphique.

A la même Société d'Hypnologie, M. le Dr Bérillon fait la communication suivante :

Dans le langage ordinaire. le terme bégaiement s'applique à la difficulté d'émettre la parole. Ce terme peut et doit être étendu à des troubles analogues de l'écriture. De nombreuses personnes sont incapables de tracer une lettre, dès qu'on les regarde, et leur timidité n'existe que pour le fait d'écrire en public. Ainsi, tel de nos confrères, alors qu'il était étudiant, n'a jamais pu signer lui-même sur le registre de consignation et a dû, chaque fois, charger de ce soin un de ses amis. Récemment, en consultation avec un de ses maîtres, il a, à force d'astuce, décidé ce dernier à écrire l'ordonnance, car il était incapable de tenir la plume. La timidité des bègues de l'écriture est le résultat de deux facteurs principaux : l'aboulie et l'émotivité ; elle est tout à fait justiciable de la suggestion hypnotique, laquelle nous a, dans un certain nombre de cas analogues, donné d'excellents résultats.

CLINIQUE MEDICALE

Hôpital Laënnec : M. le Professeur Landouzy.

Les tuberculoses larvées.

Je désirerais vous parler, aujourd'hui, d'un cas intéressant qui soulève, comme nous allons le voir, le masque derrière lequel se dissimule fréquemment, en clinique, la tuberculose.

Il s'agit d'une femme hospitalisée actuellement dans nos salles et que nous avons déjà examinée plusieurs fois à la consultation externe. Ceux d'entre vous qui suivent d'un œil attentif cette consultation auraient pu, il y a une quinzaine de jours, remarquer une malade de 40 à 45 ans, brune, au teint bistré, se plaignant de troubles généraux nombreux et vagues. Ils auraient pu être frappés par son amaigrissement, son aspect chétif, son facies hagard, anxieux, exprimant la souffrance. Laissez-moi vous le dire en passant, je voudrais que vous assistiez à nos consultations les yeux plus grands ouverts, car il existe là une tranche de la vie médicale dont l'intérêt est considérable. Le médecin est appelé à y établir un diagnostic et un pronostic rapides dont les difficultés sont d'autant plus grandes que, dans ce corps à corps avec

la clinique extemporanée, il faut penser à tout pour ne pas être pris au dépourvu et donner au malade un conseil adéquat à son état. En ne le faisant pas vous manqueriez à votre rôle, car vous devez au patient au moins un diagnostic exact ; un pronostic rigoureux et une thérapeutique efficace n'étant pas toujours possibles. Quiconque nous consulte a droit à un interrogatoire bien conduit, à un examen attentif menant à un diagnostic précis. Or, ces qualités s'acquièrent seulement à condition de « brasser » beaucoup de cas cliniques.

Cette femme, donc, dont l'aspect était chétif, malingre, souffreteux et peiné, se plaignait de vagues douleurs dans les membres, sans localisation spéciale. Elle souffrait de partout et de nulle part, ajoutant cependant qu'elle éprouvait au cœur un sentiment d'angoisse survenant aussi bien au repos qu'à l'occasion d'un mouvement : douleur cardiaque, en un mot, que rien ne sollicitait, qui n'offrait aucune irradiation, ni cervicale, ni mammaire, ni surtout brachiale. Tout cela semblait *a priori* n'avoir pas grand'chose à faire avec l'angine de poitrine.

La patiente avait l'habitus d'une névropathe. Elle passait volontiers d'une idée à une autre, parlant tantôt de ses insomnies, de sa faiblesse, de son angoisse précordiale. Elle manquait de fixité dans ses idées comme elle en manquait dans le regard. Le pouls était petit, la langue nette, sans anorexie, sans diarrhée, sans troubles digestifs Elle n'avait pas eu d'hémorrhagies et n'accusait d'excès d'aucune sorte. Elle ne boit pas d'alcool, et prend seulement deux tasses de café, chaque jour.

La malade déclarait ne pas cracher et ne pas tousser. On ne relevait dans ses antécédents ni fatigue exagérée ni émotion excessive. Restée orpheline de bonne heure, elle ne s'est pas mariée, et son existence fut assez atone, sans heurts moraux. Son principal ennui fut l'abandon de sa petite maison de couture où elle employait 6 ouvrières et dont elle fut incapable de continuer la direction, sa santé et ses forces ayant faibli. Elle dut même renoncer, pour ce motif, à une partie de sa clientèle.

Dans ces circonstances, elle s'aperçut qu'elle avait maigri et qu'elle se fatiguait pour une somme de travail qui, autrefois, selon son expression « ne lui aurait pas fait peur ». Elle avait toujours été nerveuse, coléreuse, sans jamais rien présenter toutefois qui pût faire croire à des crises épileptiques ou hystériques. Elle a été névropathe, bizarre, émotionnelle mais sans stigmate d'hystérie.

Je lui persuadai d'entrer à l'hôpital pour que nous suivions ses troubles organiques et fonctionnels. Au premier abord, cette femme nous apparaissait comme une neurasthénique. Restait à établir l'origine de cette nervosité. Pourquoi était-elle ainsi agitée, pourquoi se fatiguait-elle à la moindre occupation, pourquoi avait-elle maigri, le teint bistré, les traits tirés ?

Rien dans sa vie ou dans sa profession n'expliquait ces troubles. Elle n'avait jamais eu de grandes émotions ni de grandes préoccupations. Du côté des intoxications nous ne trouvions rien non plus, pas d'alcoolisme, pas d intoxication alimentaire. Un individu en puissance d'alcoolisme, de saturnisme, de syphilis, voit souvent, sous de telles influences, certains phénomènes nerveux se réveiller et s'accentuer. Vous m'entendez parler tous les jours d'hystéro-toxie, d'imprégnation, de majoration du système nerveux par l'abus d'un excitant quelconque. Ici, rien de cela.

Du côté des infections, observions-nous quelque chose ? La patiente ne signalait aucune maladie infectieuse récente, grippe, fièvre catarrhale, angine, troubles urinaires, etc. Elle n'était ni en puissance ni en convalescence d'infection. On notait, dans son passé, une variole à l'âge de 8 ans et une fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans, soignée par M. Potain. Tout cela ne suffisait pas à expliquer l'état actuel. D'autre part nous n'avions aucune raison de suspecter la syphilis. Que restait-il alors ? Une chose à laquelle nous avons et nous devons toujours penser. A cet égard, toutes les fois que nous prenons contact avec un malade, nous devons l'examiner et l'entendre longuement et patiemment. Quelque banales que puissent paraître ses digressions parfois enfantines, il faut prendre le parti de les écouter. Un interrogatoire bien fait et régulièrement conduit permet de recueillir, chemin faisant, une foule énorme de documents. Chez une femme particulièrement, la manière d'être, la coordination du langage et de la mémoire, indiquent déjà ses qualités intellectuelles et morales. Ne faites pas trop fi du bavardage, des divagations si vous voulez, de celui ou de celle qui vous consulte : tout cela est matière à renseignement.

Dans notre cas particulier, après avoir épuisé l'interrogatoire et vu que le chapitre des causes se réduisait à rien après avoir envisagé l'hypothèse, à laquelle il convient de toujours songer, de la syphilis, restait la tuberculose. A elle aussi on doit toujours penser et il vous en cuira de ne pas le faire. J'ai déjà dit, je le répète et je le répéterai : ceux qui ont le plus l'oreille et l'œil ouverts du côté de la tuberculose sont encore... au dessous de la réalité.

Cette femme est un exemple frappant de tuberculose larvée. De prime abord elle n'a rien de l'aspect du tuberculeux, elle n'a pas de fièvre, pas de toux, pas de phénomènes thoraciques apparents. Elle est atteinte néanmoins de tuberculose, mais d'une tuberculose larvée, voilée, qui a pris le *masque* de la nervosité. Le doigt, la tuberculine, la séro-réaction le disent. Elle n'a pas du tout l'apparence extérieure, elle n'a pas l'air, je le redis, d une tuberculeuse. Elle l'est néanmoins, sous une forme larvée, il est vrai.

Il faut penser à la tuberculose, la rechercher sans cesse, tout en se gardant bien de la trouver partout. Je vais vous faire une confession. Je n'ai jamais passé un quart d'heure avec un individu malade sans chercher s'il n'était pas syphilitique ou tuberculeux. Il va sans dire que je n'ai pas constamment trouvé ces deux affections : je les ai néanmoins fréquemment rencontrées, car j'ai soin de ne lâcher prise qu'après m'être expliqué d'une manière rationnelle la pathogénie des troubles morbides observés.

J'estime que si les phtisiques sont légion, les tuberculeux sont peuple. Distinguez, en effet, le tuberculeux du phtisique. Si vous voulez mettre dans le royaume de la tuberculose tout ce qui lui appartient depuis l'infection la plus légère, la plus superficielle jusqu'aux cavernes, vous verrez combien vaste est ce royaume. Nos arrière-grands-pères retenaient seulement la phtisie et ne connaissaient qu'elle lorsqu'ils parlaient de tu-

★

berculose. Nous y avons ajouté, d'étape en étape un grand nombre d'autres formes, les unes superficielles, d'autres plus profondes, les synovites, les arthropathies, les ascites *a frigore*, les néphrites légères qui pourront dans la suite désagréger le rein, sans parler de la pleurésie dite *a frigore*, de certains asthmes, etc. Ainsi considérée j'ai droit de dire que la tuberculose est peuple. Vous ou moi avons pu faire une de ces formes larvées qui prennent le masque d'états pathologiques divers : nous avons été lésés légèrement, à peine touchés, nos réactions ayant été assez bonnes pour aboutir à une sorte de cicatrice, à une plaque de pleurésie sèche, de pleurite qui donne à l'auscultation, la respiration dite en escalier.

Il n'est pas de tuberculeux dont l'observation n'offre un intérêt considérable. Selon la constitution, le tempérament du sujet, la maladie sera protéiforme, et tramera toutes les toiles. pour me servir de cette comparaison, depuis la simple gaze de l'araignée, jusqu'à l'étoffe la plus touffue et la plus dense.

Vous comprenez maintenant pourquoi je vous ai présenté l'observation de cette malade. Cette femme est atteinte de tuberculose larvée, elle a mis un masque sur son affection réelle : elle a l'aspect d'une nerveuse et passerait facilement pour une neurasthénique, une vésanique ou une hystérique. Toute sa personne exhale la névropathie et tel était le diagnostic que les élèves chuchotaient dans la salle de consultation. Eh bien ! en vertu de ce principe que tout nerveux dont les troubles subissent une exagération et sortent de leur état moyen est sous l'influence d'une cause anormale, nous avons poussé plus loin notre enquête. Après avoir causé avec la patiente après avoir approfondi les notions fournies par son habitus, son facies, sa manière d'être, j'ai percuté, j'ai ausculté la poitrine et j'ai ainsi éclairé la situation. Il y avait de la submatité, de la perte de l'élasticité dans les fosses sus-épineuses droite et gauche. L'expiration était prolongée, il existait un bruit de taffetas et rapprochant ces signes locaux des phénomènes généraux, de l'amaigrissement et de la perte des forces nous avons été amenés à faire une injection de tuberculine et à pratiquer la séro réaction : elle a réagi à la première et la seconde a été positive.

En face d'un cas clinique, examinez les troubles réactionnels, cherchez la cause percutante, chimique, physique et infectieuse qui a modifié aujourd'hui ce qui était hier normal. Cherchez surtout la tuberculose et la syphilis, aussi bien congénitale qu'acquise. Notre malade a réagi à l'imprégnation tuberculeuse comme une nerveuse qu'elle était : son nervosisme s'est exagéré. Si elle avait été lymphatique, torpide, elle eût fait de tout autres troubles. Elle se présente à nous comme un individu intoxiqué par l'alcool, qui a du délire, du tremblement, des cauchemars, des hallucinations. Ce sont là des réactions nerveuses alors qu'il s'agit, en réalité, d'un alcoolique. De même, le malade que vous voyez avec de la céphalée, de l'impotence fonctionnelle l'empêchant d'étendre la main sur l'avant-bras. Troubles nerveux encore, apparemment , saturnisme en réalité et vous allez en trouver la signature au niveau des gencives qui portent un liséré caractéristique. Autre exemple : cet individu depuis plusieurs jours mal à l'aise, souffrant de la nuque, dormant mal, dont l'air est bizarre, étonné : réactions nerveuses, cette fois d'origine typhique. C'est une dothienentérie qui débute.

Tous ces malades ont pris le masque du nervosisme. Quand vous avez fait un diagnostic symptomatologique, vous êtes loin encore du diagnostic véritable. Il faut aller plus avant, reprendre votre symptomatologie et voir d'où est venu le déclanchement du système altéré : est-ce une intoxication, un traumatisme, une infection? Quand vous avez épuisé les intoxications habituelles, les infections courantes, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, restent la syphilis et la tuberculose, cette dernière spécialement, dont le domaine est immense à condition de sortir de la phtisie qui en est seulement une modalité et d'y faire rentrer les tuberculoses larvées, méconnues par les malades et souvent aussi par les médecins.

Il en est des tuberculoses larvées comme il en est des maladies du cœur par exemple. Combien d'individus vont et viennent avec des tares cardiaques sans y prendre garde, sans inconvénient sérieux apparent, jusqu'au jour où le myocarde faiblit, du fait du temps ou du fait d'une intoxication, d'une infection qui va donner à la lésion organique un coup de fouet. La même chose se passe pour les affections rénales. Une fièvre typhoïde frappe le rein et guérit. Le patient ne se soucie plus de son reliquat rénal et à un moment donné, 10 ans. 15 ans plus tard, à l'occasion d'une angine, d'une syphilis, il fait une manifestation pathologique éclatante du rein, la néphrite se réchauffe, se réveille, relabourée pour ainsi dire par l'infection récente. Il en est de même pour la tuberculose qui reste larvée jusqu'au moment où elle devient phtisie : ces cas-là courent les rues.

La tuberculose est tellement peuple que, à Berlin, on se mit en demeure, une fois. de vérifier par des injections de tuberculine l'état de santé pulmonaire des recrues. Le résultat fut tel. le coëfficient de tuberculoses latentes si élevé que l'ont dut renoncer à exercer cette sélection. Il en fut de même lorsque Arloing et Courmont appliquèrent à Lyon, sur un grand nombre de personnes, leurs essais de séro-diagnostic. Les résultats positifs furent si nombreux que l'on devint sceptique à l'égard de la valeur du procédé. Je ne dis pas que la tuberculine ou le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont soient des méthodes absolument rigoureuses et n'offrent rien à reprendre, mais je veux montrer combien la pathologie sentimentale côtoie la pathologie scientifique. Elle nous porte à donner de la valeur aux idées dont nous souhaitons la réalisation et à nier l'importance de faits qui ne cadrent pas avec nos désirs.

Avant de terminer, je tiens à me défendre de voir la tuberculose partout et là où elle n'existe pas. Souvent, effectivement, mes prévisions se sont réalisées. Je voyais en consultation, il y a quelque temps, un jeune homme dont l'état avait été étiqueté neurasthénie. Je pensai, après mûr examen, à cette tuberculose larvée dont je viens de vous parler et le confrère auquel je disais mon diagnostic eut ce haussement d'épaules réflexe et non réfléchi que provoque toute idée qui n'est pas routinière... Eh bien, 5 mois plus tard, le malade avait une hémoptysie et, le mois suivant, au déclin d'une grippe, la tuberculose devenait clairement évidente. De semblables exemples sont nombreux.

Selon le tempérament du malade, la tuberculose larvée prend tel ou tel masque. Pour la dépister, inspirez-vous de la constitution du sujet. Celle-ci d'ailleurs a une importance clinique de premier ordre : elle établit la différence entre le malade et la maladie, chaque individu faisant son affection à sa manière, selon son tempérament.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

Le thiocol contre la tuberculose pulmonaire.

Par le Dr Camille Pinet,

Acnien chef du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris.

(*Suite et fin*) (1).

Le thiocol montre aussi une efficacité réelle dans les bronchites chroniques simples, avec ou sans dilatation bronchique et aussi dans le catarrhe sec. Sous l'influence du thiocol, la muqueuse subit des modifications profondes et les résultats sont comparables à ceux qu'on obtient dans la tuberculose pulmonaire.

La médication thiocolée, employée à la période de coction des bronchites aiguës simples ou d'origine grippale, amène la *restitutio ad integrum* bien plus rapidement que les autres médicaments destinés à cet usage : la durée de cette période m'a paru constamment notablement abrégée. Un de mes malades, âgé de 52 ans, très arthritique, contracte, à la suite d'une violente attaque de grippe, une pleurésie purulente, d'où empyème, il y a huit ans. Le malade guérit, mais il resta constamment atteint d'oppression, de toux, d'expectoration abondante, phénomènes accentués par des poussées aiguës ou subaiguës. Depuis plus de deux ans, le malade est soumis au traitement par le thiocol employé par intermittences, suivant les phénomènes stéthoscopiques observés ; l'oppression a notablement diminué (elle ne peut pas disparaître complètement par le fait des adhérences pleurales), les phénomènes bronchiques sont des plus atténués et l'expectoration, qui était très abondante, a presque entièrement disparu. Il a subi récemment une atteinte grave de grippe qui a cédé, heureusement, sans laisser de traces, à l'emploi du thiocol, 3 grammes par jour.

De même, dans le traitement de la pneumonie, le thiocol a été employé avec succès par Carracciolo (*Gaz. méd. di Roma*, 1902, 102), French, Ausset, Gillet, Eberson (*Aerzte Centralz.*, 1902, no 8), etc.

D'après mes observations personnelles, le thiocol est indiqué dans le traitement de la pharyngo-laryngite catharrale, dans les laryngites subaiguës ou chroniques, simples ou symptomatiques, d'une tumeur bénigne (polype) ou maligne des voies aériennes supérieures. L'amélioration, la sédation des symptômes sont plus rapidement obtenus qu'avec la créosote ou la terpine, par exemple.

L'emploi du thiocol m'a donné d'excellents résultats dans les dyspepsies gastro-intestinales s'accompagnant de fermentations anormales. Le thiocol est donc un désinfectant de l'estomac et de l'intestin autrement puissant que les préparations naphtolées et l'eau chloroformée saturée ; dans la diarrhée simple ou symptomatique de tuberculose, par exemple, ou dans l'entérite muco-membraneuse si rebelle à tout autre traitement.

Chez l'enfant, où j'emploie le thiocol couramment depuis plus de deux ans, je n'ai jamais observé ni intolérance, ni aucune autre contre-indication. Grâce à son absence de saveur et à sa solubilité parfaite, les petits malades acceptent le médicament sans aucune répugnance et cela est d'une grande importance en thérapeutique infantile. Le thiocol donne les meilleurs résultats dans la diarrhée verte des enfants, qu'elle soit bilieuse ou causée par le microbe de Lesage, dans la diarrhée chronique et aussi dans la tuberculose péritonéale ou mésentérique.

Dans le traitement des affections broncho-pulmonaires de l'enfance, le thiocol jouit d'une efficacité incontestable ; qu'il s'agisse d'affections aiguës ou chroniques, il se montre d'une supériorité réelle, d'autant plus qu'il peut être administré sans aucun danger à un âge où la créosote et la terpine ne peuvent être administrées pour des raisons multiples : toute question d'âge d'ailleurs mise à part, le thiocol se montre bien autrement efficace que ces agents médicamenteux.

La rougeole si fréquente chez les enfants est tributaire de la médication thiocolée. Dans tous les cas, la toux sèche, si impérieuse, si fatigante, qui se produit lors de la manifestation de l'exanthème pharyngo laryngé, s'est atténuée sous l'influence du thiocol bien plus rapidement que par l'emploi des médications usitées jusqu'alors (inhalations chaudes, badigeonnages, aconit, belladone, opiacés et acétate d'ammoniaque, etc.). Les manifestations bronchiques de cette infection se sont, dans la grande majorité des cas, montrées bénignes et la période terminale de la bronchite a été très abrégée ; en outre, je n'ai jamais observé de broncho-pneumonie ou d'adénopathie trachéo-bronchique concomitantes ou consécutives.

Dans l'angine couenneuse commune ou diphtéroïde, les badigeonnages des fausses membranes, toutes les trois heures, avec une solution de thiocol à 1 gr. pour 50 m'ont donné d'excellents résultats. En même temps, à l'intérieur, j'employais le thiocol à dose proportionnée à l'âge de l'enfant.

Enfin, la coqueluche voit son intensité et sa durée diminuer notablement par l'action du thiocol. L'efficacité de ce médicament est autrement puissante que celle de l'antipyrine, de l'aconit, de la belladone, du benzoate de soude, etc., et il n'y a aucune intolérance, aucun accident toxique. Sous l'influence du thiocol, les quintes diminuent en intensité et en nombre, les manifestations bronchiques sont réduites au minimum et les vomissements alimentaires deviennent plus rares. De même que pour la rou-

(1) Voir numéro précédent.

geole, je n'ai jamais observé d'adénopathie trachéo-bronchique. Il est certain que le thiocol, par son action anti-catarrhale et par sa puissance antiseptique, exerce une influence des plus heureuses sur ces infections de la muqueuse respiratoire et cela est surtout manifeste dans la tuberculose pulmonaire de l'enfance et de l'adolescence.

Voici les doses que j'emploie : chez l'adulte suivant les cas, de 1 à 3 grammes par jour, par doses fractionnées de 0 gr. 50 centigrammes, soit en solution, soit en comprimés, soit en sirop.

Chez l'enfant de 6 mois à 1 an, 0 gr. 10 à 0 gr. 30 centigr.

Chez l'enfant de 1 an à 3 ans, de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 centigr.

Chez l'enfant de 3 ans à 5 ans, 0 gr. 50 à 0 gr. 75 et même 1 gr.

Chez l'enfant de 5 ans à 10 ans, de 0 gr. 50 à 1 gr.

Jusqu'à cinq ans, le mode d'administration du thiocol qui m'a paru donner les résultats les meilleurs consiste à le faire dissoudre dans une potion gommeuse de 60 à 120 gr. et de le donner toutes les heures ou toutes les deux heures, par cuillerée à café ou à dessert.

Le thiocol est donc un agent d'une parfaite innocuité, à doses thérapeutiques bien entendu, et d'une efficacité réelle, qui mérite de prendre la place la plus importante dans le traitement des maladies des voies respiratoires et en particulier de la tuberculose pulmonaire.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Aux Blessés du Travail

La bourse du travail de Nantes adresse à ses affiliés la circulaire suivante :

En vertu de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents de travail :

1° **Le blessé a le droit de choisir son médecin et son pharmacien** ; c'est ainsi qu'il peut prendre son médecin habituel, un chirurgien ou un spécialiste, tels que médecin oculiste, médecin dentiste, médecin électricien, etc. ;

Le médecin ainsi choisi se trouve investi de tout pouvoir pour constater l'accident, établir les *certificats* destinés à la *Mairie* et au *Patron*, soigner le malade, fixer la *durée approximative* de l'accident de travail et signer le **Certificat de Guérison**.

2° En cas de blessures légères, coups ou contusions, éclats sous l'épiderme ou dans l'œil, efforts douloureux, etc., n'entraînant pas l'*arrêt immédiat* du travail, l'ouvrier devra, même s'il n'attache aucune importance à cette petite blessure, en prévenir le patron ou le contre-maître et ses camarades d'atelier, afin d'établir l'*origine* de la blessure en cas de complications ultérieures.

3° Le patron est tenu de payer le **médecin et le pharmacien choisis par le blessé**. En aucun cas, le patron ne peut imposer le médecin de l'assurance, médecin dont les fautes professionnelles ne seraient d'ailleurs pas couvertes par la responsabilité de l'assurance (Cour de Nîmes, 23 juillet 1902) ;

Le tarif adopté par la majorite des Conseils généraux : Nord, Creuse, Eure, Gironde, Seine-Inférieure, Deux-Sèvres, Seine-et-Oise, Ariège, Tarn-et-Garonne, Hautes-Pyrénées, Ardennes, Vendée, Haute-Vienne, Oise, Doubs, Alpes-Maritimes, etc., etc., est le **TARIF OUVRIER** et non celui des **INDIGENTS**, ainsi que voudraient l'imposer certaines Compagnies d'Assurances, car ni l'*Ouvrier*, ni le *Patron*, ni l'*Assurance* ne sont *indigents* — Ce tarif ouvrier a été établi par le *Concours médical*, 3, rue de Dunkerque, à Paris, organe des syndicats médicaux. — Il est basé sur le prix minimum de deux francs la visite ou le pansement simple, etc., etc. ;

4° **Le médecin de la Compagnie d'assurances n'a aucun droit spécial** pour soigner le blessé ou pour établir le certificat d'accident.

Dans le cas où les Compagnies d'Assurances ou les chefs d'entreprise auraient un médecin attitré, quand bien même ce médecin arriverait le premier à constater l'accident, à faire le premier pansement et à administrer quelques remèdes, cette intervention accidentelle n'enlèverait nullement au blessé le **DROIT** d'appeler son *médecin habituel* et de prendre ses remèdes chez le *pharmacien de son choix*.

Mais il ne doit accepter, à partir de ce moment, aucune prescription d'un autre médecin, en même temps que de son médecin habituel, à moins que ce ne soit à la suite d'une consultation où ce dernier l'aurait appelé.

Le chef d'entreprise, ou l'Assurance, ne sont tenus, en effet, qu'à l'obligation de payer un seul médecin sauf le cas de collaboration nécessaire, ainsi que les seuls médicaments qu'il aurait pu prescrire.

Doit être considérée comme erronée l'opinion qui limite les droits de certifier le début de l'accident, de certifier la guérison et d'assurer les soins du blessé aux médecins d'assurances seuls.

De nombreux jugements ont confirmé cette interprétention, et cela ne fait plus de doute.

Le rôle du médecin des Compagnies d'assurances est purement administratif et limité. Il se borne à contrôler, **DANS L'INTERET EXCLUSIF DES COMPAGNIES QU'IL REPRESENTE** : la nature, la gravité et la durée probable de l'accident ; mais il ne s'en suit nullement que le blessé soit dans l'obligation de se soumettre à ses soins. Le blessé doit simplement se prêter de bonne grâce à l'examen du médecin envoyé par la Compagnie pour se rendre compte de l'indemnité qu'elle pourra être tenue de verser ; il doit même, par une sorte de devoir moral, le prévenir à la fin de sa maladie, en lui apportant le certificat de guérison de son médecin habituel.

C'est à ce dernier qu'il appartient de se prononcer sur les **conséquences** et la **gravité de l'accident**. C'est à lui qu'incombe le soin de **traiter le blessé**, et puisqu'il a assumé seul la responsabilité des soins à lui donner, il est le seul **arbitre autorisé** pour savoir s'il est susceptible de reprendre son travail, et dans quelle mesure l'affecte d'incapacité permanente de travail l'accident dont il a été victime.

Cette façon d'agir assure la bonne harmonie entre tous les intéressés et est conforme à l'esprit libéral de la loi.

5° D'ailleurs, le **certificat médical**, joint à **la déclaration du début de l'accident**, ayant une *importance capitale* pour l'appréciation des juges au moment du règlement définitif, le blessé devra toujours en exiger la communication écrite séance tenante si un médecin de la Compagnie est intervenu le premier ; en cas de refus de la part de ce dernier, il devra en faire établir un par son médecin le plus vite possible et le remettre lui-même au Juge de Paix, comme cela devient presque toujours nécessaire. Les Compagnies d'Assurances ayant pris la fâcheuse habitude d'en référer aux tribunaux pour mieux se dérober ou lasser la patience des malades, **les blessés doivent faire tout leur possible pour que ce certificat soit fait par le MEDECIN DE LEUR CHOIX et que ce soit CELUI-CI qui soit joint à la déclaration faite à la Mairie.**

Le blessé ne devra donc jamais chercher à se rendre chez le médecin de la Compagnie, ni l'avertir,

même s'il y est invité par le patron. Ce soin ne le regarde pas, il incombe à l'Assurance.

6° **L'intérêt de l'ouvrier** est de recourir au médecin ou chirurgien de son choix. **Celui-ci, par là même, devient son conseiller de son défenseur** devant les médecins experts, s'il est besoin. Accepter d'être soigné par le médecin indiqué par le patron ou la Compagnie, c'est agir comme si, pour défendre sa demande d'indemnité, il s'adressait à l'avocat du patron ou de la Compagnie. Ceux-ci ont leur avocat et leur médecin. pour lutter à armes égales contre les Compagnies d'assurances, l'ouvrier doit avoir également son avocat et son médecin. **Ce dernier peut exiger d'assister à l'expertise pour sauvegarder les droits de l'ouvrier** (Cour de Rouen, 30 avil 1902) ;

(**ATTENTION**) : **7° Le bulletin remis au blessé au moment de l'accident est une pièce sans importance** destinée à diriger le blessé chez le médecin de la Compagnie, où il n'est pas obligé d'aller. Il peut être égaré ou détruit, sans que le blessé perde aucun de ses droits à l'indemnité. L'ouvrier n'est pas tenu d'aller prévenir la Compagnie d'assurances qui, trop souvent, tente de l'éloigner du médecin de son choix. Cette obligation incombe, en effet, au chef d'entreprise seul. Le blessé n'a pas d'autre devoir que d'aller chez lui se reposer.

QUE DOIT FAIRE L'OUVRIER EN CAS D'ACCIDENT ? Il doit immédiatement appeler le **médecin de son choix**, celui en qui il a mis toute sa confiance. Il lui remet le **bulletin délivré par le patron**, bulletin qui fait foi de l'accident, bulletin destiné au **médecin qui soignera le malade** jusqu'à sa **guérison définitive**, bulletin enfin que l'ouvrier conservera jalousement et qu'il refusera énergiquement de donner au médecin d'assurance si par hasard ce dernier arrivait avant le médecin traitant. L'Assurance doit être prévenue par le patron et encore seulement après que le blessé a retourné au patron le certificat du médecin de son choix. Si la Compagnie d'assurance le juge alors nécessaire, elle envoie un médecin, dans son **intérêt exclusif**, le lendemain ou le surlendemain.

Lorsqu'il en est autrement, l'ouvrier ne peut s'en prendre qu'à lui-même, et si plus tard il est **victime** de l'Assurance, il sera trop tard pour récriminer sur sa faute initiale.

Le blessé devra faire vérifier à la Mairie si la déclaration a été faite par le patron, sinon il la fera ou la fera faire par l un des siens, car en cas d'oubli ou d'omission, le patron ne reçoit qu'une réprimande, tandis que l'ouvrier risque de perdre la plus grande partie de ses droits ;

8° **L'indemnité** du demi-salaire est due pour les **dimanche** et **jours de fête** sans qu'il y ait lieu de rechercher si, d'une façon habituelle, l'atelier est, à ces jours, fermé ou ouvert (Cour de Cassation, 27 mars 1901).

Les **paiements** de l'indemnité *temporaire* doivent avoir lieu aux **époques des payes** ; en cas de refus, on saisit le Juge de Paix (Justice de Paix de Paris, XI° arrondissement, 6 décembre 1899. — Tribunal civil de Chalon-sur-Saône, 17 décembre 1899).

9° **L'Hôpital ou les Dispensaires ne peuvent en aucun cas, être imposés au blessé.** Celui-ci a le plus souvent, tout avantage à se faire soigner chez lui, au milieu de l'affection des siens, par son médecin habituel. Celui-ci dira dans quel cas il y aura lieu d'adresser le blessé à l'Hôpital. L'ouvrier doit savoir, d'ailleurs, que les tribunaux, dans de nombreux cas, décident que les frais de nourriture et de séjour à l'Hôpital seront prélevés sur l'indemnité accordée à la victime.

Ceci est très important à savoir et une raison de plus pour éviter de se faire soigner par le médecin des Compagnies d'assurances ; car, neuf fois sur dix, le médecin des Assurances doit soigner le blessé **à forfait**, et à un forfait dérisoire, indigne d'un médecin qui veut remplir consciencieusement ses devoirs. Alors qu'arrive-t-il ? Chaque fois qu'il le peut, le médecin d'assurance tâche de diriger le blessé sur l'Hôpital pour toucher son forfait en évitant la besogne, et cela **au détriment des indigents**, pour qui l'Hôpital est spécialement créé, **au détriment des blessés**, cela ne fait pas de doute, et enfin au détriment du **Corps médical**, car les médecins sont ainsi les premiers à se priver d'une clientèle payante.

10° **La liberté du blessé est respectée par la loi.** Aucun médecin, à l'exception de celui qui est autorisé par le Juge de paix, ne peut pénétrer dans le domicile de l'ouvrier blessé pour l'examiner, si ce dernier s'y refuse. Son domicile est inviolable, et il peut poursuivre quiconque tenterait, par intimidation, de passer outre à sa volonté.

Dans le cas d'incapacité permanente, partielle ou absolue de travailler, d'appel, de revision, etc., le blessé fera bien. dans son intérêt, de ne point ouvrir d'**action judiciaire** avant d'avoir pris conseil pres de son Syndicat et de la Bourse du Travail.

Pour la Bourse du Travail,
Le Secrétaire, J. BLANCHART.

L'assistance médicale et ses médecins.

Nous avons inséré dans le n° 18, du 30 avril dernier, un entrefilet paru dans *Le Temps* et envoyé de Mende à ce journal, relatant une mesure de suspension prise contre M. le Dr Vincens par le Préfet de la Lozère. Le Dr Vincens nous écrit et nous envoie à l'appui de sa protestation des documents, desquels il paraît résulter que notre confrère n'est point coupable des faits dont on l'accuse ; que le sous-inspecteur de l'assistance aurait fait un rapport au Préfet en relatant certaines dépositions de témoins, de telle manière que ceux-ci ont protesté depuis contre les déclarations qui leur sont prêtées ; que l'enquête a été faite de façon tendancieuse et sans qu'aucune explication eût été demandée au médecin, lequel a depuis énergiquement protesté pour demander une contre-enquête loyale et même la constitution d'un jury d'honneur, en s'engageant à verser 10.000 fr. à la Caisse de l'Assistance si les faits relevés contre lui étaient jugés exacts. Aucune suite n'a été donnée par l'administration à ces différentes propositions et notre confrère recherche quelles voies de recours lui sont ouvertes contre l'arrêté préfectoral, qui ne serait que la résultante d'intrigues politiques. Nous sommes trop habitués à voir les médecins victimes de l'arbitraire administratif, et les administrations se mettre au service des rancunes politiques, pour ne pas signaler avec empressement la protestation de notre confrère, en lui promettant notre appui, s'il y a possibilité, après avoir complété les pièces et documents de cette affaire. de chercher à faire réparer l'injustice dont il se plaint.

Toujours l'Union médicale.

Paris, le 10 mai 1904.

Monsieur le Docteur Jeanne,
Rédacteur en chef du Journal *Le Concours Médical*
23, rue de Dunkerque, Paris (Xe).

Monsieur le Directeur,

Le numéro 19 de votre journal, daté du 7 courant, contient sous le titre « Toujours la philan-

throphie sur notre dos » la reproduction *in-extenso*, accompagnée de commentaires, de deux documents concernant « l'Union Médicale ».

Hier soir seulement nous avons eu connaissance de cette publication et, dès ce matin, nous nous empressons d'user de notre droit de réponse.

Vous donnez tout au long l'interview parue, sous la signature Georges Casella, dans *La Presse*, mais vous vous gardez bien de la faire suivre de la rectification, insérée dès le lendemain, dans le même journal, sur notre demande. Cet entrefilet, d'une grande importance pour nous, remet les choses au point; c'est pourquoi nous vous prions de vouloir bien en mettre la teneur sous les yeux de vos lecteurs :

« *La mort des Morticoles* »

« M. de Vérez, directeur de « l'Union Médicale», « dont notre collaborateur Georges Casella pu« bliait hier une interview sous ce titre, nous « prie courtoisement de l'aider à préciser sa pen« sée. M. de Vérez nous montre notamment qu'il « serait fâcheux de créer une confusion ou une « association entre le *Concours Médical* et le *Syndi« cat des Médecins de la Seine*.

« De plus, notre correspondant insiste sur ce « fait qu'il n'y a de sa part et de celle de ses col« laborateurs aucun sentiment d'hostilité, aucun « parti pris, aucune pensée d'exclusivité contre « qui que ce soit du personnel médical. »

A titre de justification, si besoin était, par même courrier, comme papiers d'affaires recommandés, nous vous adressons un numéro du journal *La Presse*, daté du 28 avril 1904, contenant la note ci-dessus.

Le premier document reproduit dans votre plus récent numéro est le procès-verbal de la dernière réunion du Conseil général des Sociétés d'arrondissement.

Ici encore, pour réplique, nous vous prions de soumettre au jugement impartial de vos lecteurs, jugement que nous sommes loin de redouter, le texte de notre réponse adressée au « *Bulletin officiel des sociétés médicales d'arrondissement*, dont copie est jointe sous le présent pli chargé :

29 avril 1904.

A Monsieur le Dr Ducor,

Secrétaire général du *Bulletin officiel des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine*, 87, avenue de Villiers, Paris.

Monsieur le Secrétaire général.

C'est aujourd'hui seulement que nous avons connaissance du n° 8 de votre *Bulletin*, en date du 20 de ce mois.

Les commentaires dont vous faites suivre la publication des documents, précédemment parus dans le *Concours médical* et concernant l' « Union médicale », montrent clairement que vous avez de notre organisation une conception erronée ; car il ne saurait être question de suspecter votre bonne foi.

Laissez-nous vous dire tout d'abord que nos adhérents ne pourront, comme nous le prétendons, et à de très rares exceptions près, se recruter que dans les classes moyennes de la société.

Le prix de l'abonnement est, en effet, trop élevé pour la classe ouvrière, et la clientèle riche, ainsi que vous le dites vous-même, emportée par sa tendance à courir les consultations, ne voudra en aucun cas se laisser imposer un médecin, quels que soient ses titres et sa réputation.

Quant au caractère philanthropique, et non charitable, de l'œuvre que nous avons entreprise, vous voudrez bien admettre qu'il ne disparaît pas pour ce fait qu'elle peut être appelée éventuellement à profiter à des gens ayant plusieurs domestiques. Vous connaissez certainement, comme nous, des familles nombreuses, appartenant à la classe moyenne et obligées néanmoins de prendre à leur service, par exemple, une cuisinière et une ou deux bonnes d'enfants. L'importance de ce personnel domestique, pour qui va au fond des choses, est une aggravation de charges forcée et non l'indice d'une aisance véritable.

La question des rapports confraternels et de l'amélioration de la situation morale du médecin est plus délicate ; mais il nous paraît nécessaire, pour répondre à une insinuation incompréhensible de votre part, de nous expliquer nettement sur ce point.

Nous ne voulons pas, comme vous paraissez le croire, généraliser « certains abus sur lesquels il vaudrait, en effet, mieux ne pas s'étendre » en les appliquant au corps médical tout entier. Mais il est un fait certain et que vous ne pouvez pas contester, c'est que les agissements incorrects, pour ne pas dire plus, de certains médecins et chirurgiens sont de nature à jeter, dans l'esprit du public, le discrédit sur la corporation tout entière.

Si notre organisation se généralise, ces abus ne seront plus possibles parce qu'ils n'auront plus de raison d'être. Les officines louches où s'élaborent les réclames honteuses que vous êtes les premiers à déplorer avec nous, se fermeront faute de clientèle. Les médecins qui en vivent, si vraiment ce sont là des médecins, pourront nous maudire et nous accabler de leurs invectives ; de cela nous serons fiers.

Nous protestons absolument contre le parti pris d'hostilité qui nous est reproché. Notre organisation, si elle est faite en faveur du public, n'est, en aucune façon, dirigée contre le personnel médical.

Les conditions dans lesquelles nous avons traité avec nos médecins adhérents ont été longuement discutées avec eux et de nombreuses lettres en notre possession rendent hommage à notre courtoisie et à la largeur d'idées que nous avons montrée dans cette circonstance ; quelques-unes de ces lettres sont signées de hautes sommités du monde médical. — D'ailleurs, le fait seul que notre groupement est actuellement définitif suffirait à prouver que ces conditions n'étaient pas aussi inacceptables que vous voulez bien le dire.

Sans vouloir discuter le calcul que vous soumettez à vos lecteurs, permettez-nous une simple rectification : sur 100 francs versés par adhérent, le médecin de quartier *appelé à soigner éventuellement cet adhérent* reçoit 25 francs et non 0 fr. 31 comme vous l'affirmez avec plus d'humour que d'exactitude.

Nous ne voyons pas très bien pour notre part un médecin, même débutant, ce qui n'est pas le cas des nôtres en général, acceptant une rémunération aussi ridicule pour soigner à forfait toute une famille.

En ce qui concerne la rétribution réservée aux chirurgiens, accoucheurs et spécialistes, elle a été discutée et acceptée d'accord avec les intéressés et admise par nos médecins de quartier, qui ne s'estiment pas sacrifiés.

La prime de 100 fr. se trouve ainsi répartie en presque totalité au profit du personnel médical et le reliquat est juste suffisant pour assurer le fonctionnement administratif des services. Nous le répétons, tout a été fait au grand jour et personne ne peut se croire lésé.

Enfin, bien que nous en méprisions les conséquences, nous tenons à protester contre la campagne, vraiment anti-confraternelle celle-là, visant les médecins entrés dans notre organisation et parmi lesquels vous seriez fort surpris (si nous vous communiquions nos listes, ce que nous ne ferons pas) de retrouver nombre de noms appartenant à votre groupement professionnel. Ces méde-

cins sont quotidiennement et sournoisement traités d'incapables, de ratés, de faméliques et on met le public en garde contre eux. Cela, Monsieur, est une infamie qui ne peut émaner de vous et de votre groupe, mais nous serions heureux de vous voir partager notre indignation et flétrir avec nous de tels procédés.

Nous vous prions de vouloir bien insérer cette réponse dans votre plus prochain numéro, dans les mêmes caractères, et à la même place que l'attaque.

Veuillez agréer, Monsieur le secrétaire général, l'assurance de ma parfaite considération.

Le directeur, De Vérez.

Nous vous serons très obligés du bienveillant accueil que vous ferez, nous n'en voulons pas douter, à notre communication de ce jour, que nous trouverons insérée dans votre numéro de samedi prochain, sans avoir besoin de recourir au ministère d'un huissier ; extrémité à laquelle nous sommes réduits aujourd'hui même à l'égard du « *Bulletin officiel des Sociétés Médicales d'Arrondissement*.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur l'assurance de ma parfaite considération.

Le Directeur,
De Vérez.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

La déontologie et les Syndicats

Les rapports des médecins entre eux s'éclairent de jour en jour et se facilitent, grâce à l'action des Syndicats médicaux. Combien de praticiens qui vivaient isolés dans leur commune, sans rapport aucun avec les confrères, se sont rapprochés grâce à la communauté des intérêts soutenus par l'action syndicale ! Partout où existe un Syndicat, on ne peut encore dire la concorde, ce serait trop beau, mais tout au moins une plus grande confiance règne entre les médecins. Les points difficultueux s'examinent, les inimitiés s'expliquent, les rancunes disparaissent. En somme, le Syndicat est non seulement un agent de défense, c'est un facteur d'harmonie.

C'est ce qu'a bien compris le Syndicat médical du Cher, qui a adressé la lettre suivante à tous les médecins du département :

« Mon cher Confrère,

« Une Association syndicale a pour but la protection et la moralisation de ses membres. Elle doit rechercher le concours du plus grand nombre de praticiens et, à cette condition, devenir une puissance avec laquelle la clientèle et les collectivités doivent compter. Les statuts dans leur texte sommaire, ne sauraient prévoir tous les cas de la pratique courante. Les Syndicats ont donc tous compris la nécessité d'un Règlement déontologique précis, toujours sous les yeux de leurs adhérents. Notre but n'est pas de proscrire les médecins qui ne désireraient pas, pour des raisons que nous respectons, faire acte d'adhésion à notre Syndicat. Nous leur devons une discussion courtoise de nos intérêts, et tendre, par la seule persuasion, à les amener à nous.

« Loin de nous l'idée d'interdire les rapports professionnels avec les confrères non syndiqués ; nous espérons même qu'il n'y aura jamais lieu de jeter l'interdit sur l'un d'entre eux. Tout médecin, en dehors de notre Association, qui s'inspire dans sa pratique des règles de la confraternité de bon aloi, aura toujours droit à notre sympathique estime et à notre concours professionnel. Notre Association reste ouverte à toutes les bonnes volontés, à la condition que tous ses membres se conformeront à la lettre de nos statuts et règlements, et se pénétreront surtout de l'esprit qui les a inspirés.

Moreau, *Président*. »

« Deroin, *secrétaire général*. »

Cette lettre, dont on admirera la modération et la courtoisie, était suivie du projet de règlement suivant :

Règlement Déontologique.

a) RAPPORTS ENTRE CONFRÈRES

Article premier. — Les visites et consultations à jour fixe, dans une localité où un confrère est établi, sont interdites, Les visites et consultations à jour fixe dans une commune où un confrère n'est pas fixé, sont également blâmables comme portant atteinte à la dignité professionnelle et constituant une concurrence peu loyale. Les cas particuliers seront soumis à la Chambre Syndicale.

Art. 2. — Nul ne doit, sous quelques prétexte que ce soit, visiter clandestinement les malades d'un confrère.

Art. 3. — La qualité de client ne dure que pendant la maladie actuelle.

Art. 4. — Le cabinet est un terrain neutre où le médecin peut donner des conseils à tous ceux qui se présentent. Il ne devra jamais se permettre aucune observation susceptible de porter atteinte à la réputation ou à l'honorabilité des confrères consultés avant lui.

Art. 5. — Tous rapports médicaux avec les confrères mis à l'index sont interdits, sauf urgence.

Art. 6. — Le médecin qui remplace un confrère sur sa demande s'interdit d'accepter sa succession auprès du malade en traitement pendant la maladie actuelle.

Art. 7. — Si un médecin traitant est absent ou empêché, tout médecin doit se rendre à l'appel du malade qui le demande et faire telle prescription qu'il jugera utile. Mais dès le retour du médecin traitant, le second ne devra revenir dans la maison que sur invitation du premier.

Art. 8. — Dans tous les cas visés plus haut, le médecin appelé d'urgence s'abstiendra de toute critique ouverte ou détournée de la conduite

médicale du confrère qu'il remplace ou auquel il succède.

Art. 9. — Quand le médecin induit en erreur sera appelé auprès d'un malade déjà en traitement pour une affection aiguë, il devra, autant que possible, se retirer sans rien prescrire, en faisant observer à la famille combien il est antimédical et indélicat de prendre l'avis d'un médecin en dehors du médecin habituel. Il s'efforcera, au contraire, de provoquer une consultation que le médecin traitant ne saurait jamais refuser. S'il ne peut éviter de faire une prescription d'urgence, il devra ajouter à l'ordonnance les mots suivants : A n'exécuter qu'après avoir été soumis au premier médecin traitant, (le Dr ***. »

Si la famille et le malade insistent pour que les soins soient continués par les deux, des arrangements seront pris en conséquence ; mais, en aucun cas, le médecin appelé en second ne cherchera à évincer le médecin traitant.

Art. 10.— Tout médecin qui accepte d'être consultant renonce, par ce seul fait, à devenir le successeur de son confrère dans le cours de la maladie, cause de la consultation, à moins d'entente avec le confrère. Si le client déclare changer de médecin traitant, le consultant peut continuer les soins seul ou d'accord avec un nouveau confrère.

Art. 11. — Le médecin traitant ne doit jamais refuser une consultation ; il peut proposer un consultant. Si la famille en demande un autre, il l'acceptera pourvu que son honorabilité personnelle et professionnelle soit indiscutable.

Art. 12. — Toute discussion en présence du malade ou de sa famille est interdite ; toute appréciation en dehors de la consultation, susceptible de jeter la défaveur sur l'un des consultants, est blâmable.

Dans les cas où il y a obligation de modifier les prescriptions du médecin traitant, les consultants devront agir avec ménagement, de façon à ne pas ôter à celui-ci la confiance de son malade. Le traitement convenu est appliqué par le médecin traitant.

Art. 13. — Dans le cas où il y a désaccord profond sur le traitement de la maladie, l'un des deux médecins pourra prévenir la famille et solliciter l'admission d'un deuxième consultant.

Art. 14.—Les rendez-vous des consultations sont réglés par les confrères intéressés. Si. pour une cause indépendante de sa volonté, le médecin traitant ne se rend pas à la consultation décidée, le consultant, s'il habite la même ville, se retire. S'il a une résidence différente, pour éviter un déplacement onéreux, il examinera le malade et préviendra par écrit le médecin traitant du diagnostic porté du traitement institué. Il ne reviendra dans la maison qu'après nouvel avis du médecin traitant.

Art. 15. — Les consultants règlent d'un commun accord le chiffre et le mode de perception des honoraires. Autant que possible, le médecin traitant remettra les honoraires au médecin consultant.

Art. 16. — Lorsque le choix du consultant est laissé au médecin ordinaire, celui ci-devra s'adresser, autant que possible, aux membres du Syndicat.

b) RAPPORT DES MÉDECINS AVEC LE SYNDICAT.

Art. 17. — Les médecins syndiqués sont tenus d'assister à l'Assemblée générale. Toute absence devra être rigoureusement motivée. Trois absences successives et motivées pourront entraîner la radiation après avis du Bureau et de l'Assemblée générale.

Art. 18. — Les médecins syndiqués doivent prendre l'engagement d'honneur de se conformer aux statuts et aux règlements votés en Assemblée générale. Ils doivent en particulier observer rigoureusement les tarifs d'honoraires dans leurs rapports avec les clients, les Sociétés d'assurances, de secours mutuels et autres collectivités susceptibles de demander leur concours. Ils envoient chaque année leurs notes à tous leurs clients.

Art. 19.— Dans leurs rapports avec l'Administration chargée par la loi d'assurer les divers services de médecine publique. les membres du Syndicat toujours libres d'accepter ou de refuser une fonction rétribuée, ne devront jamais chercher à évincer un confrère dans la confiance de l'Administration. Tout au contraire lorsqu'une fonction publique dépendant de la commune, du département ou de l'Etat leur sera offerte en remplacement d'un confrère syndiqué, leur premier devoir sera de ne pas accepter la fonction sans en avoir préalablement référé au Bureau du Syndicat et à l'intéressé.

Art. 20. — La Chambre syndicale élue chaque année en Assemblée générale forme un tribunal d'honneur destiné à régler les différends survenus entre confrères, entre médecins et clients. Ses décisions sont susceptibles d'appel à l'Assemblée générale.

Art. 21. — Le Président, saisi de la plainte ou de la réclamation, réunit la Chambre syndicale qui statue dans un court délai. Les décisions prises, conformément aux statuts, sont portées à la connaissance des intéressés et deviennent définitives et exécutoires dans un délai d'un mois, s'il n'est pas fait d'appel à l'Assemblée générale ; celle-ci juge définitivement, et ses décisions sont portées à la connaissance de tous les membres de l'Association.

Soumis à l'Assemblée générale dernière, ce projet de règlement est devenu définitif : il a été adopté par acclamation.

Voilà donc le deuxième geste accompli. Le premier est la défense professionnelle, le groupement dans un but de protection réciproque : c'est un acte extérieur. Le deuxième se passe au sein même de l'Association ; il entretient les rapports, les codifie, les fraternise, c'est un acte intérieur. Ces deux actions sont connexes, bien qu'elles ne puissent être contemporaines. Uni à l'intérieur, bien fortifié à l'extérieur, le Syndicat médical doit être à l'abri de toutes les épreuves.

Le bel acte de nos confrères du Cher est fait pour nous donner courage. Il montre ce que nous avons, à l'Union, de tout temps, cherché à démontrer, à savoir : que le groupement syndical est un acte égalitaire et pacificateur. Lorsqu'on nous reprochait d'être des batailleurs, lorsqu'on

nous parlait d'Ordre des médecins et de hiérarchie à établir puis à respecter, nous sommes plusieurs qui avons dit : point n'est besoin de créer, le Syndicat est là ; nous n'avons cure ni de juges, ni d'aristocratie ; viendra le moment où l'organisme démocratique syndical sera assez puissant non seulement pour supporter la guerre au dehors, mais pour assurer la paix au dedans.

Grâce à de bons Syndicats qui donnent l'exemple, cet âge d'or sera bientôt venu.

R. Millon.

REPORTAGE MÉDICAL

Les réclames inquiétantes pour la santé publique. — Du temps où l'on protégeait la santé publique en France autrement que par des lois inappliquées, le Pouvoir adressait aux grands journaux des circulaires comme celle-ci, qui porte la date de février 1803, et que la *Revue médicale* a retrouvée.

« Le Conseiller d'Etat, préfet de police, aux rédacteurs des journaux : — « Je m'aperçois chaque jour davantage, citoyens, que des individus qui n'ont aucun titre légal pour exercer la médecine et la pharmacie font annoncer dans les journeaux des médicaments et des compositions dont l'efficacité n'est nullement garantie. Comme la santé des citoyens pourraît être compromise par l'usage de ces remèdes, je vous recommande de n'en insérer dorénavant les annonces dans votre journal qu'autant qu'elles auront été revêtues de mon approbation. Je compte sur toute votre exactitude à vous conformer à cette mesure.

« Je vous salue, « Le Conseiller d'Etat, préfet :

« Dubois. »

Mais aujourd'hui !!! Le Congrès d'exercice illégal nous dira si ses vœux à ce sujet ont reçu un accueil favorable des gardiens vigilants de l'hygiène et de la santé publique qui ont voté la loi de 1903.

Appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale en 1904. — Le nombre des médecins de réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1904 sera fixé, dans chaque grade, aux chiffres ci-après indiqués:

Réserve (période de quatre semaines).	
Médecins-majors de 2e classe.........	5
— aides-majors de 1re classe.	37
— — de 2e classe.	404
Total.......................	446
Armée territoriale (période de deux semaines).	
Médecins majors de 2e classe.........	30
— aides-majors de 1re classe .	278
— — de 2e classe..	218
Total.	526

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale qui ont pris part, en qualité d'officiers du service de santé, et depuis le 1er janvier 1899, soit aux grandes manœuvres de la troupe, soit aux exercices spéciaux du service de santé en campagne, pourrront être autorisés à accomplir leur période d'instruction, au cours des années 1904 et 1905, par fractions dont la durée sera déterminée par le directeur du service de santé du corps d'armée.

Cours pratique d'Hypnotisme et de Psychothérapie. — MM. les Docteurs Bérillon et Paul Farez commenceront, le jeudi 26 mai 1904, un cours d'Hypnotisme et de Psychothérapie.

Ce cours sera privé ; il comportera des démonstrations pratiques et sera complet en douze leçons : il se fera à l'*École de Psychologie*, 49, rue Saint-André-des-Arts, où les inscriptions sont reçues les mardis, jeudis et samedis, de 10 h. à midi. On peut également s'inscrire par correspondance.

Le droit d'inscription est fixé à 60 francs.

Les leçons auront lieu aux dates suivantes :

M. le Dr Bérillon, les 26, 28 et 31 mai, les 2, 4 et 7 juin, à 10 heures et demie du matin.

M. le Dr Paul Farez, les mêmes jours à 5 h. de l'après-midi.

Société de l'internat. — La Société de l'Internat a tenu sa première réunion scientifique publique jeudi 28 avril, à quatre heures et demie, dans la salle des séances de la Société de chirurgie. Le président, M. L. Jacquet, après avoir exposé en quelques mots le but de ces réunions, a donné la parole à M. Fernand Widal sur la « déchloruration, ses indications, ses résultats thérapeutiques ». A la suite de cette conférence, plusieurs communications ont été faites par MM. Lebar, Lavaux, Jayle, Banzet et Paul Delbet.

La nouvelle Société tiendra une séance publique le quatrième jeudi de chaque mois.

L'armée devant la loi sur la santé publique. — Une circulaire ministérielle vient de prescrire qu'en matière de déclaration des maladies contagieuses, une véritable solidarité s'établisse par voie administrative entre la population civile et la population militaire des localités. Elle s'exprime ainsi :

« En ce qui concerne les cas de maladies transmissibles constatés dans les établissements hospitaliers et, d'une manière générale, dans tous les établissements publics ou privés, la déclaration doit en être faite, comme s'il s'agissait de particuliers, par les médecins traitants, au moyen de cartes-lettres et dans les conditions prescrites par l'arrêté ministériel du 10 février 1903. Aucune exception ne saurait être admise à cet égard.

« En conformité de ces instructions, il a été entendu avec mon collègue de la Guerre que la déclaration de tous les cas de maladies transmissibles observés par les médecins militaires, au dedans comme au dehors des établissements de l'armée, sera faite désormais uniformément et simultanément à l'autorité militaire et à l'autorité civile, cette dernière représentée, selon les termes de mon arrêté du 10 février 1903, par le maire et par le préfet ou sous-préfet dans chaque arrondissement. La même autorité a le devoir d'approvisionner les médecins militaires, comme les médecins civils, des modèles de carnet nécessaires. Vous aurez à prendre en conséquence, Monsieur le Préfet, les mesures utiles pour que chaque médecin de l'armée résidant dans votre département soit constamment pourvu d'un exemplaire de ce carnet ».

Ceci est très bien, mais s'il faut ainsi tout prévoir par circulaire, quand le bon sens paraissait suffire, pensons à toutes les agglomérations dépendant des divers ministères, collèges, pénitenciers, hôpitaux, équipages de la flotte, etc.

A propos de récents Congrès. — Avril a vu plusieurs congrès médicaux en France et à l'étranger.

En est-il sorti de ces conclusions qui influeront notablement sur la marche de la science et sur la pratique de notre art ? Il y aurait quelque prétention à répondre oui.

Constatons cependant que les médecins réunis à la Côte d'Azur ont pris une revanche sur les fanatiques du caporalisme allemand en matière de phtisiothérapie par le sanatorium germanique.

Rappelons aussi qu'à Rouen les partisans de l'allaitement maternel ont douché les enthousiasmes excessifs au sujet des « gouttes de lait » et autres organisations de ce genre.

Et pourtant en ces milieux ne s'élève pas la voix des modestes praticiens, de cette masse qui ne s'emballe pas sur les innovations discutables. C'est regrettable à tout point de vue, car on éviterait par elle de lancer toutes ces entreprises, dont le plus

clair résultat est souvent d'enlever le malade au *médecin de famille* pour le placer dans un troupeau mal connu de son berger.

Où sont les statistiques de ces organismes encombrants ? On ne connaît que les noms des chefs et leurs décorations : c'est vraiment insuffisant pour nous convaincre, et surtout pour nous faire pardonner le préjudice que cela nous cause.

Exposition internationale d'hygiène. — Du mois d'août au mois de novembre prochains, au Grand Palais, aura lieu une exposition fort intéressante de tout ce qui touche à notre profession. La classe 11, notamment, promet d'être une brillante manifestation des arts médicaux et pharmaceutiques en général. Elle s'organise avec le concours et sous la direction de MM. Chautemps, Fumouze, Villejean, Girard, Leprince, Prunier, Bruchet, etc... c'est-à-dire de tous ceux qui sont le plus qualifiés pour nous offrir une revue de l'arsenal de la thérapeutique moderne.

Adhésions et demandes de renseignements doivent être adressées à M. H. Girard, 31, rue Saint-Lazare, Paris.

Annuaire des Eaux minérales.—Stations climatiques et sanatoriums de la France et de l'Étranger. Edition 1904, publiée sous la direction du Dr G. Morice, rédacteur en chef de la « Gazette des Eaux ».

La nouvelle édition 1904 de l'*Annuaire des Eaux minérales* (46e année) distribuée ainsi qu'il suit, contient :

1° Une étude très complète et très précise sur la *Législation des Eaux minérales* en France, aux Colonies et à l'Etranger ; — 2° Les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratif des Eaux minérales au Ministère de l'Intérieur, à Paris ; — 3° La liste du personnel chargé de ce service ; celle des membres du Comité consultatif d'hygiène, de la Commission des eaux minérales à l'Académie de médecine, etc. ; — 4° La liste des hôpitaux thermaux militaires ; — 5° Les listes des médecins des stations hydrominérales et climatiques de la France (listes par stations et liste d'ensemble par ordre alphabétique); — 6° La liste des membres de la Société d'hydrologie médicale de Paris et du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France ; — 7° Quelques indications sommaires sur l'œuvre des Voyages d'études médicales aux Eaux minérales ; — 8° La nomenclature générale des stations hydrominérales de la France et des colonies françaises ; — 9° Le memento de leurs principales indications thérapeutiques ; — 10° La nomenclature des stations climatiques et sanatoriums de la France et des colonies françaises ; — 11° La liste des sanatoriums populaires et des sanatoriums payants ; — 12° La liste des principaux établissements hydrothérapiques de Paris et des départements.

Voilà pour la partie française.

Pour l'étranger, et tout à fait à part, dans le but de faciliter les recherches, l'Annuaire passe successivement en revue : *a*) Les stations hydrominérales, avec toutes leurs subdivisions ; — *b*) Les stations climatiques et sanatoriums les plus connus. (Cette partie sera complétée au fur et à mesure des renseignements reçus.)

Enfin, un index alphabétique de toutes les stations et une table méthodique des matières ferment ce petit volume, dont les succès passés présagent le succès futur.

Prix du volume, 1 fr. 50 ; à la librairie Maloine, place de l'Ecole de Médecine, Paris ou aux Bureaux de la « Gazette des Eaux », 60, rue Mazarine, Paris (VIe).

Accidents de travail (Etude médico-législative). — Nous recommandons vivement à nos lecteurs cette brochure de 64 pages que le « *Réveil Médical* », poursuivant son œuvre de défense professionnelle, vient d'éditer pour 1904. Elle est indispensable aux médecins ayant à soigner blessés d'usine, ouvriers, Cies d'Assurances, etc., et comprend :

1° Texte de la loi du 9 avril 1898, et décrets.
2° Nombreux arrêts de jurisprudence,
3° Commentaires et cas spéciaux.

Prix net, franco : 1 fr. 60.

Rappelons aussi du même journal un ouvrage indispensable à tous les médecins, et qu'ils ont constamment à consulter, le :

Guide pratique de Législation médicale : Prix net, franco : 5 fr.

V. E. M. 1904. — Le 6e voyage d'études médicales aura lieu sous la direction scientifique du Professeur Landouzy, du 3 au 15 septembre 1904.

Il comprendra les stations du centre et de l'Auvergne : Néris, Evaux, La Bourboule, Saint-Nectaire, Royat, Chatel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues, — les Sanatoriums de la Motte-Beuvron et de Durtol — les stations climatiques de Vic-sur-Cère et du Lioran.

Le Programme détaillé sera publié prochainement par le Docteur Carron de la Carrière, organisateur des V. E. M, 2, rue Lincoln, Paris.

Honoraires de chirurgien. — Quand un médecin fait à son client, par exemple, un pansement ouaté, ou l'examine avec des outils spéciaux aux chirurgiens, a-t-il le droit d'augmenter le prix de sa visite et de réclamer le tarif pour « opération de petite chirurgie » ? La septième Chambre du tribunal civil de la Seine s'est prononcée récemment pour l'affirmative (*Gaz. méd. de Paris*).

Hôpitaux et Faculté.

Une série de conférences d'anatomie pathologique microscopique commencera le 20 mai 1904 avec la participation de MM. Nathan, Larrier, Riche, Paulan. Les séances auront lieu tous les jours à 4 h., salle des travaux pratiques (2me étage). La durée des conférences sera de 5 semaines.

Les droits à verser sont de 50 francs.

— Du 24 mai au 30 juin, aura lieu au laboratoire d'anatomie pathologique, sous la direction de M. Dominici, une série de conférences d'hématologie.

Le programme est ainsi composé :

1° Morphologie, origine, et évolution des éléments figurés du sang ; structure du tissu conjonctif et des organes hématopoïetiques à l'état normal.

2° Etude du sang, du tissu conjonctif et des organes hématopoïétiques, à l'etat pathologique. Hématologie clinique et cytodiagnostic.

Les leçons théoriques seront suivies de travaux pratiques. Le nombre des élèves est limité à 10. Les droits à verser sont de 130 francs.

Maladies du système nerveux. — M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le samedi 21 mai, à dix heures un quart, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Drs Charrière, de Souvigny (Allier), Chaballier, de Pont de Vaux (Ain), Déru, de Cousances (Jura), Ricochon, de Champdeniers (Deux-Sèvres) et Plicot, de la Champenoise (Marne), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : D H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année — N° 21 — 21 MAI 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Sou Médical et la Loi sur les accidents du travail.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que le pourvoi formé, avec l'appui pécuniaire du « Sou Médical, » contre le jugement du tribunal civil de la Seine du 27 mars 1903, rendu dans l'affaire du Dr Diverneresse contre la Compagnie des Tramways-Sud, a été admis par arrêt de la Chambre des Requêtes de la Cour de cassation le 11 mai 1904.

On se souvient que ce jugement avait infirmé la décision si juridique du juge de paix de Vincennes, M. Salomon, en date du 23 mai 1902, déclarant que le juge de paix du lieu de l'accident était compétent pour toutes contestations, à quelque chiffre que la demande pût s'élever, entre le médecin et le chef d'entreprise, conformément à l'art. 15 de la loi du 9 avril 1898.

Par l'admission du pourvoi, la Chambre des Requêtes reconnaît que les objections faites par nous au jugement du tribunal de la Seine méritent d'être examinées à fond et tranchées définitivement.

La Chambre des requêtes avait déjà fait connaître son sentiment sur l'interprétation à donner à l'art. 15, en jugeant, dans son arrêt du 13 juillet 1903, rejetant un pourvoi formé contre un jugement du tribunal de Versailles. rendu dans une contestation entre les hospices de cette ville et un chef d'entreprise, que les règles de compétence de l'art. 15 étaient seules applicables.

Nous ne pouvons penser que la Chambre Civile qui va être saisie de la question dans l'affaire du Dr Diverneresse contre la Compagnie des Tramways-Sud, à la suite de l'arrêt d'admission que nous signalons, se mettra en contradiction avec la Chambre des Requêtes, sur une question où l'intention du législateur de 1898 ne saurait faire de doute.

La loi sur la santé publique

Nous causions hier avec des hommes qui participent activement à la préparation des voies et moyens d'application de cette loi.

Bonne volonté extrême ; scrupules très louables, devant les obligations à imposer au public, aux municipalités, aux médecins; vif désir de ne pas ériger en dogmes des vérités scientifiques encore contestées ; constant souci de laisser aux initiatives départementales et locales le droit de se mouvoir dans des cadres suffisamment larges, mais inclus pourtant dans des limites légales bien définies : tel est leur état d'âme. On comprend la lenteur de ces travaux préparatoires quand on constate qu'ils sont toute la mise en pratique de la loi. qu'ils se heurtent à la parcimonie et à l'insuffisante conviction des conseils généraux en matière d'hygiène et de prophylaxie, que l'uniformité des mesures à prendre est presque une chimère, que l'hygiène pratique à la campagne, dans les petites localités, n'a pas de délégués dans les grands conseils.

Pourtant, décrets, arrêtés, circulaires se succèdent d'un trimestre à l'autre. Nous donnons aujourd'hui même ceux qui ont trait à la vaccination : il faut qu'ils restent entre les mains des médecins.

On nous fait espérer qu'avant la session d'août des Conseils généraux paraîtront tous les documents relatifs à la désinfection et qu'alors les départements n'auront plus de prétexte à invoquer pour la mettre en pratique.

C'est juste, mais il restera les questions d'argent, les accords à établir avec les médecins, etc...

Et ainsi va bientôt s'ouvrir pour nos Syndicats une ère semblable à celle qu'ils ont traversée pour l'assistance médicale gratuite, avec bien des difficultés en plus, parce que les discussions d'ordre administratif se compliqueront de divergences de vues scientifiques.

Il n'est pas trop tôt de se préparer à ces études et de les aborder en tout esprit de conciliation si l'on veut éviter les conflits qui surgiront à chaque pas.

LA SEMAINE MÉDICALE

Indications et résultats de l'emploi du Thigénol

Les multiples inconvénients de l'ichthyol (odeur et taches) ont fait préférer le thigénol ou oléo-sulfonate de sodium, à l'ichthyol, et la mode de ce nouveau médicament s'est introduite un peu dans toutes les cliniques gynécologiques. Dans une récente thèse, M. le Dr Léopold Rousseau, de Tours, a étudié les propriétés, les indications et les effets du Thigénol dans les affections utérines et utéro annexielles. Le Thigénol, dit-il, semble être bien supérieur à l'iodoforme, au salol, au dermatol, à l'aristol, à l'airol, à l'ichthyol, au thiol, sa supériorité doit être attribuée à sa forte teneur en soufre, qui lui donne des propriétés résolutives, analgésiques, antiseptiques et kératoplastiques ; il présente aussi des qualités pratiques de premier ordre.

L'action des pansements thigénolés dans le traitement des affections franchement chroniques, en petite gynécologie, se résume ainsi :

Sédation rapide des manifestations subjectives et objectives. Diminution et souvent guérison de la leucorrhée, des hémorragies non symptomatiques, d'une tumeur fibreuse ou carcinomateuse. Redressement plus facile des déviations utérines. Retour de l'utérus à un volume à peu près normal.

Les ulcérations du col sont peu influencées, le volume des trompes et des ovaires est difficilement réduit. Ces lésions subsistent quand même

L'action des pansements thigénolés dans le traitement des affections subaiguës en petite gynécologie est beaucoup plus manifeste. Il produit les mêmes résultats que pour les cas chroniques, mais plus nettement ; en outre, son action se poursuit sur les lésions annexielles qui sont réduites, et les ulcérations du col qui sont guéries, s'il s'agit d'affections non gonococciques.

Même dans les infections blennorrhagiques les résultats obtenus avec le Thigénol sont aussi très typiques. Neumann l'affirme. Les vaginites, les métrites, les salpingites subaiguës gonococciques sont guéries par le Thigénol, qui semble empêcher la marche ascendante de l'infection. En résumé, il faut signaler au Thigénol :

a) Des propriétés résolutives de premier ordre, caractérisées par des écoulements très abondants d'apparence séreuse.

Les bons effets de cette action résolutive se font sentir sur tout le système génital. Sédation très rapide des douleurs, diminution sensible des hémorragies et de la leucorrhée, retour de l'utérus à l'état normal comme volume et position, diminution du volume des annexes et des épanchements paramétritiques ;

b) Des propriétés calmantes fort sérieuses, qui s'ajoutent à l'action résolutive pour produire le maximum d'effet. Des cicatrices douloureuses du col, reliquats d'amputations cervicales ont été guéries avec le Thigénol en peu de jours ;

c) Des propriétés antiseptiques manifestes, puisque les nombreux cas d'infection gonococcique que parfaitement guéris par le Thigénol nous le prouvent et que Neumann reconnaît au Thigénol une véritable *action prophylactique* contre la blennorragie ascendante ; des leucorrhées fétides ont perdu en peu de temps leur odeur insupportable, ce qui prouve l'action germicide du Thigénol ;

d) Des propriétés kératoplastiques, car on ne peut expliquer autrement la cicatrisation complète des ulcérations étendues du col ; dans ce cas les quatre propriétés du Thigénol paraissent se combiner ;

e) Le Thigénol, en nous offrant à la fois toutes les propriétés nécessaires pour le traitement médical des affections gynécologiques est un médicament précieux et tout désigné pour les combattre ;

S'il agit avec moins de puissance sur les lésions chroniques anciennes, il faut en chercher la raison, non pas dans son insuffisance thérapeutique, mais dans l'anatomie pathologique des lésions mêmes, aucun médicament n'ayant le pouvoir de transformer en tissu normal des tissus fibreux et dégénérés ;

Donc, la chirurgie conserve toujours ses droits. Mais la gynécologie médicale peut rendre d'indiscutables services en arrêtant l'évolution des processus inflammatoires qui ne manqueraient pas d'aboutir au stade chirurgical, en soulageant les malades, en les mettant en d'excellentes conditions pour supporter avec les meilleures chances de succès une intervention opératoire ;

Ce sera donc dans les cas subaigus que le Thigénol, comme tout autre médicament, produira les plus remarquables effets.

C'est du reste l'opinion des chirurgiens eux-mêmes qu'un traitement médical méthodique et convenablement appliqué peut obtenir des résultats surprenants dans les affections utérines, salpingiennes, paramétritiques avec exsudats et adhérences, mais à la condition de l'instituer dès les débuts de la maladie.

Le Thigénol n'est pas toxique ; dans toute la littérature médicale, il n'y a qu'un seul cas où le Thigénol n'a pas été bien supporté. C'était un fait de susceptibilité individuelle envers le soufre dont le Thigénol contient une forte proportion, un fait d'idiosyncrasie sans aucun symptôme vraiment toxique :

Les doses couramment employées sont :

a) Dans les affections chroniques, une solution de 45 grammes de Thigénol, pour 100 de glycérine, soit versée sur des tampons, soit directe-

ment sur le col ; on se servira aussi d'ovules thigénolés à 20 ou 30 pour 100. Ce n'est pas que le Thigénol ne produise des effets très nets avec des doses plus faibles, puisque les Allemands l'emploient de 15 à 20 pour 100, mais ils mettent trois mois, en moyenne, pour obtenir l'amélioration que divers expérimentateurs ont obtenue en un mois, un mois et demi, avec des doses de 45 pour 100.

b) Dans les affections subaiguës, les lésions étant plus facilement modifiables, on pourra se servir pour les solutions d'une dose de 20 à 30 pour 100, et pour les ovules d'un mélange de 15 à 20 grammes de Thigénol dans 100 grammes de glycérine.

Inconvénients et dangers du sublimé dans les accouchements et dans les maladies des voies urinaires

Le sublimé est, à la fois, le plus douloureux, le plus irritant et le plus caustique des antiseptiques portés sur les muqueuses. Il est souvent, en outre, le moins efficace, aux doses où il est possible de l'utiliser. En lavages ou en instillations, avec ou sans alcool, dans l'urètre où dans la vessie, il est la cause d'accidents toujours graves et fréquents ; urétrites rebelles, rétrécissements cicatriciels par brûlure du canal, cystites douloureuses définitives, que la taille seule améliore pour un instant. Même chez les tuberculeux, il est d'ordinaire très mal supporté, provoque des poussées congestives avec hématuries et précipite parfois la marche des lésions.

En somme, il faudrait inscrire dans les manuels destinés aux praticiens : *ne jamais se servir de sublimé pour les voies urinaires*; lui préférer toujours un autre antiseptique de la nombreuse série aujourd'hui bien connue.

Mêmes inconvénients et mêmes recommandations seraient à signaler pour l'emploi du sublimé dans les accouchements. M. Brouardel connaît 37 cas d'intoxication mortelle par l'emploi du sublimé dans les suites de couches.

A quelle cause attribuer les accidents ?

On a souvent incriminé le titre de la solution et l'on recommande de n'employer, pour les injections vaginales et intra-utérines après l'accouchement, que des solutions faibles, surtout quand il existe, outre la surface d'insertion placentaire, des déchirures plus ou moins étendues et anfractueuses du col de l'utérus et du vagin, qui sont autant de surfaces absorbantes. Il semble que la dose efficace soit donnée par la solution à 1 p. 4000 ; cependant il est des accoucheurs qui ont également obtenu d'excellents résultats en n'employant que des solutions à 1 p. 5 000. Il est prudent de n'employer que des solutions faibles ; cependant, d'après la statistique publiée par le Dr Sauvagnat, on ne peut tirer, au point de vue de l'intoxication, aucun renseignement du titre de la solution.

En effet, sur les 37 cas mortels, on trouve que :

Dans 10 cas la solution de sublimé était à 1 p. 1.000.

Dans 9 cas la solution de sublimé était à 1 p. 2.000.

Dans 4 cas la solution de sublimé était à 1 p. 3.000.

Dans 3 cas la solution de sublimé était à 1 p. 4.000.

Dans 10 cas la solution de sublimé était à 1 p. 5.000.

Dans un cas il s'agit d'une solution-mère très concentrée.

On a voulu incriminer la pénétration et la rétention d'une partie de l'injection dans la cavité utérine. Là encore, la statistique ne donne aucune explication. Sur 37 cas d'intoxication, 10 fois il s'agissait d'injections vaginales, et 18 fois d'injections intra-utérines. Les injections intra-utérines, de par ce fait qu'elles sont données moins fréquemment que les injections vaginales, fournissent une moyenne plus considérable que les injections vaginales ; il est bon d'ajouter que les injections intra-utérines ne sont prescrites que dans les cas graves, dystocie, hémorragie, et il faut tenir compte de ce facteur.

Enfin, il faut se rappeler les *susceptibilités individuelles*.

Selon M. Brouardel, le danger des injections des solutions mercurielles provient surtout de la susceptibilité individuelle ; et il pense qu'il faut n'employer ce moyen thérapeutique qu'à bon escient, dans les cas où il est indispensable. Il sera toujours prudent de s'en abstenir, quand, au cours de l'accouchement, il y aura eu des déchirures ou des hémorragies. En effet, on a observé au point de vue des lésions trouvées à l'autopsie dans les organes génitaux :

Rétention placentaire..........	5 cas.
Déchirures accidentelles ou chirurgicales du périnée et du vagin..........................	6 —
Hémorragie..........................	5 —
Déchirure du col...............	4 —
Lésions d'endométrite..........	1 —
Vascularisation des parois et présence de membranes diphtéroïdes..................................	1 —
Organes normaux...............	15 —

L'injection mercurielle est d'autant moins indiquée à la suite des hémorragies que le mercure est un poison déglobulisant.

Bien entendu, les injections de sublimé sont contre-indiquées chez les femmes atteintes d'albuminurie, et Tarnier les déconseillait chez les cachectiques.

Quand l'intoxication débute au cours de l'injection, la malade, subitement, sans aucun signe précurseur, est prise de lourdeur de tête, de suffocations, d'état syncopal ; la face est pâle et le pouls s'accélère ; il y a des coliques violentes, coliques intestinales et coliques utérines.

Quand l'intoxication ne débute qu'un ou deux jours après l'injection, le symptôme initial est la diarrhée, d'abord muqueuse et séreuse, puis sanguinolente, qui s'accompagne de coliques et de ténesme. La stomatite ne paraît que plus tard et est, en général, moins intense que dans les cas d'intoxication gastro-intestinale. Souvent, on voit apparaître aussi des érythèmes en différentes régions du corps.

La conclusion est qu'il ne faut employer ce moyen qu'avec la plus grande prudence afin d'éviter toute responsabilité. En somme, nous pouvons dire, avec le Dr Just-Championnière, qu'il vaut encore mieux ne pas encourir cette responsabilité en usant d'autres antiseptiques aussi efficaces et moins dangereux.

Adénoïdisme et appendicite

M. le Dr Joseph DELACOUR a consacré sa thèse à l'étude du syndrome adénoïdien : ozène et rhinite atrophique, végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales et aux relations étroites qui, selon lui, rattachent ce syndrome à l'appendicite chronique.

« La constatation, chez l'ozénique et chez le végétant, de certains troubles de l'appareil digestif, tels que l'exagération ou la diminution des sécrétions et de la motricité gastriques, la constipation très fréquente, l'entérite muco-membraneuse, nous a tout naturellement amené à nous occuper de l'appendice.

La constitution anatomique de l'appendice vermiforme nous permettait d'ailleurs de supposer que l'appareil lymphoïde de ce diverticule pourrait bien être soumis aux mêmes influences que celui de la muqueuse rhino-pharyngée. L'énorme développement que prend le tissu adénoïde au sein de cet organe l'a fait comparer à « une vaste plaque de Peyer étalée » (Launois), à « une amygdale cœcale » (Salhi), et s'accorde avec la fréquence de l'amygdalite et de l'appendicite chez l'enfant (Broca).

« Suivant de nombreuses observations, il y aurait un rapport étroit entre l'amygdalite et la crise appendiculaire. L'amygdale serait la porte d'entrée des germes qui vont se localiser dans l'appendice ; ou bien encore, précisément à cause de sa richesse en tissu lymphoïde, comme l'amygdale et la muqueuse du pharynx, la muqueuse de l'appendice pourrait s'infecter et s'enflammer consécutivement aux mêmes causes qui donnent lieu à l'amygdalite. La récidive de l'appendicite se ferait, comme celle de l'amygdalite, dans certaines familles prédisposées (Merklen, Apolant).

« Les antécédents héréditaires et personnels de l'appendicique sont pour ainsi dire calqués sur ceux de l'ozénique et du végétant.

« Dans les familles où survient l'appendicite, on rencontre chez les générateurs ces mêmes diathèses dont nous avons signalé la fréquence à propos de la rhinite ozénique. On retrouve chez les collatéraux la même polymortalité infantile que précédemment et ici encore la méningite et la gastro-entérite en sont les causes les plus communes.

« De même, le sujet atteint d'appendicite est presque toujours soit un enfant unique, par absence d'autres naissances ou par disparition des autres enfants, soit le dernier enfant de la famille ; à moins que, comme cela arrive pour l'ozène et les végétations adénoïdes, l'appendicite ne survienne chez plusieurs enfants. »

L'auteur cite de nombreuses observations, qui lui permettent d'avancer que le syndrome adénoïdien et l'appendicite chronique dépendent d'un grave trouble de la nutrition, trouble trophique du tissu lymphoïde qui est la conséquence d'une insuffisance relative de la glande thyroïde.

Cette conception pathogénique l'a amené à tenter chez les adénoïdiens le traitement par l'opothérapie thyroïdienne.

MÉDECINE PRATIQUE

Les Dispensaires antituberculeux et la cure de la tuberculose.

Les essais modernes de lutte contre la tuberculose ne nous paraissent pas tous également heureux et surtout également à l'abri de la critique. Si nous approuvons sans réserves les cures d'air dans les sanatoriums de montagne, de pleine campagne, de forêts, de rivages maritimes, parmi lesquels on peut citer ceux des Corbières (Saint-Servan) et d'Alger, nous ne saurions faire le même éloge des nouveaux dispensaires antituberculeux qu'on s'ingénie à fonder un peu partout avec une incroyable inconscience.

Nous voulons écarter naturellement toute idée de réclame et tout soupçon de désir de popularité que certains ont cru pouvoir attribuer aux fondateurs de ces dispensaires et aux médecins bénévoles, titulaires ou postulants, de ces établissements. Y eut-il du vrai dans cette opinion, nous ne voulons pas qu'on nous accuse d'envie ou de jalousie vis-à-vis de ces confrères ; bornons-nous à discuter la question de l'utilité des dispensaires antituberculeux au point de vue scientifique d'abord et au point de vue déontologique en second lieu.

I.

Quelle utilité les dispensaires dits antituberculeux peuvent-ils avoir au point de vue de la cure ?

Pourquoi créer des dispensaires spéciaux pour les tuberculeux ? Est-il bien rationnel de réunir dans un même local de consultations les malades atteints de tuberculose à tous les degrés, sans compter les candidats à la tuberculose et les tuberculeux imaginaires ? Cette sorte de sélection obligatoire faite par la désignation spéciale de l'objet du dispensaire, ne contribue-t-elle pas, au contraire, à former un véritable foyer de tuberculose où les malades peu gravement atteints viennent se contagionner au contact des phthisiques virulents et avancés ? Très vraisemblablement il doit y avoir inconvénient sérieux à provoquer des contacts aussi fréquents et aussi semblables entre des malades atteints à des degrés différents ; le simple candidat, blond vénitien, convalescent de pleurésie, côte à côte avec le phthisique au quatrième degré, dans la salle d'attente du dispensaire, va forcément recevoir les bacilles virulents de ce dernier dans son terrain bien préparé, et son infection tuberculeuse va être bien plus rapide que s'il était resté chez lui ou s'il était allé à une consultation générale où toutes les variétés de maladies sont réunies au hasard. Le système des consultations spéciales, pour les maladies contagieuses aiguës, est excellent en ce qu'il ne constitue pas grand risque pour les différents malades atteints de la même maladie, quoiqu'à des degrés variés de virulence, étant donné que le contact est relativement court et non répété. Au contraire, les consultations spéciales pour une maladie comme la tuberculose, affection contagieuse à la longue, sont notoirement dangereuses, car elles exposent tous les jours ou tous les deux jours, pendant plusieurs heures, les tuberculeux non encore confirmés ou à peine au premier degré, au contact des tuberculeux cavitaires au 4e degré. C'est, en

somme, un foyer de contagion où les malades peu atteints viennent s'infecter davantage et précipiter l'évolution de leur maladie.

Outre ce premier danger des dispensaires antituberculeux, nous devons ajouter un autre grave inconvénient, le déplorable effet moral produit sur les nouveaux arrivants par la vue des anciens, plus ou moins déprimés, cachectisés, moribonds, car, il faut bien le dire, quoique l'on proclame partout que la tuberculose est la plus curable des maladies, on ne guérit malheureusement pas tous les cas qui se présentent au dispensaire, tant s'en faut ; beaucoup (pour ne pas dire le plus grand nombre) conservent leurs bacilles et les lésions suivent leur cours fatal. Or, le pauvre pleurétique, candidat à la tuberculose, qui vient chercher un conseil pour éviter la terrible maladie et un peu d'espoir pour l'avenir, se trouve tout à coup au milieu de moribonds, d'asphyxiés, de suffoqués, de désespérés, qui étalent à ses yeux les ruines de leurs forces et de leur beauté. Au moins, dans une consultation générale, le tuberculeux coudoie le rhumatisant, l'hépatique, le cardiaque, le paralytique, le névropathe, etc. Chacun parle de son mal, chacun se fait des illusions et en communique à son voisin, si bien que tous se figurent avoir une toute autre maladie que celle qu'ils ont réellement et qu'ils s'encouragent mutuellement. Au fond, il est rare que les contagions se fassent entre ces différents malades, atteints d'affections tout à fait dissemblables ; le mélange des maladies semble diminuer la virulence de chacune d'elles vis-à-vis des sujets qui se présentent.

Quel bénéfice thérapeutique peut-on, dans ces conditions, retirer des dispensaires spéciaux aux tuberculeux ? Les débutants sont peut-être traités avec zèle et ardeur ; on les suit, on les encourage, on les ausculte, on les pèse ; puis, la maladie faisant des progrès, on se lasse ; insensiblement, on se fatigue de manœuvrer en pure perte, on classe les malades par catégories de curables ou d'incurables ; on ne s'occupe plus que par commisération des incurables, le nombre des malades est si grand et la consultation est si monotone !

Au contraire, dans une consultation générale, les dyspeptiques, les cardiaques, les rhumatisants, les diabétiques, les névropathes, mélangés aux tuberculeux, font, pour le médecin consultant, une efficace diversion qui excite sa sagacité et stimule sa patience et son zèle.

En réalité, dans l'état actuel de la science, il faut, pour lutter sérieusement contre la tuberculose, faire nettement la part du feu et éviter d'encombrer les consultations de tuberculeux avancés, phthisiques au 3e ou 4e degré, qui sont incurables. Les dispensaires antituberculeux devraient être transformés en dispensaires pour anémiques prétuberculeux, pour candidats prédisposés à la tuberculose. C'est ceux-là seuls qu'il faut s'acharner à guérir ; c'est à ceux-là seuls qu'on a le devoir strict de dire toute l'étendue du mal qui les menace et ce qu'ils doivent faire pour se guérir et pour se préserver dans leur intérêt et dans celui de la Société. « Parlez de la tuberculose à ceux qui ne sont pas encore tuberculeux, disait un de nos avisés confrères à un récent congrès ; mais à quoi bon dire à un malheureux phthisique, absolument perdu et incurable qu'il est tuberculeux ? C'est non seulement inutile, c'est cruel et lâche. » Donc, soignons et consolons de notre mieux les pauvres phthisiques en les écartant le plus possible des jeunes candidats à la tuberculose, blonds vénitiens, convalescents de pleurésie, déminéralisés et hyperthermiques ; ce sont ces derniers qui doivent faire l'objet de toute notre sollicitude, c'est pour eux seuls qu'il faut des conseils particuliers d'aération, de suralimentation, de repos au grand air et au soleil, de vie réglée et méthodique, de chasteté, de sommeil avec aération suffisante ; pour eux les dispensaires, s'il y a lieu de leur donner des vêtements chauds, ou des médicaments, pour eux, surtout, les *sanatoriums* et la vie au grand air, la gymnastique respiratoire, la discipline de la toux, la modification du sérum sanguin et de l'évolution cellulaire par le régime du Dr Garrigue, sucre et nectol C (formiate de chaux).

Mais, est-il besoin, pour arriver à ces résultats, de fonder et d'entretenir des dispensaires spéciaux ? Comment pourra-t-on jamais arriver à écarter de ces consultations les vieux chroniques phthisiques, dilatés bronchiques, emphysémateux, hydatiques et syphilitiques pulmonaires, qui encombrent et font perdre un temps précieux pour les véritables malades intéressants, des prétuberculeux ?

II

Les dispensaires antituberculeux au point de vue déontologique.

La question déontologique est au moins aussi importante pour nous que le point de vue scientifique. Les dispensaires antituberculeux ne servent à rien pour la guérison de la tuberculose et peut-être même, ils peuvent favoriser son développement et sa virulence ; bien plus, ils portent préjudice à la corporation médicale, en drainant inutilement une grande partie de la clientèle moyenne et même aisée, que l'apparence d'une compétence spéciale attire au dispensaire. Qui aujourd'hui, ne se croit pas tuberculeux, ou tout au moins prédisposé à la tuberculose, sous l'influence de la suggestion des lectures, des conversations, des circonstances de la vie moderne ?

Insensiblement, on se laisse entraîner à aller consulter les « spécialistes » du dispensaire qui doivent bien mieux « s'y connaître » que le praticien habitué à suivre la famille, les ascendants et aux descendants, les conditions de milieu, de travail, d'alimentation, et, par conséquent, bien plus à même de donner d'utiles conseils et d'adapter ses avis aux exigences de la profession et aux ressources pécuniaires de ses malades.

Que peut faire le médecin du dispensaire ? Ou bien, il aura la franchise de dire au malade que le mieux à faire pour lui, c'est de continuer à voir son médecin habituel ; il est douteux qu'il procède ainsi. Ou bien, il usera de ce nouveau moyen d'intimidation préconisé par quelques-uns, un peu audacieusement, et qui consiste à lui lancer brusquement le terrible coup qui, soi disant, doit déterminer le malade à se soigner avec résignation et courage : « Mon ami, ce que vous avez, c'est de la tuberculose pulmonaire ; il faut vous soigner bien vite et venir ici régulièrement si vous voulez guérir. » Quelle cruelle ironie ! et combien je préfère le médecin sage qui commence par rassurer le moral du malade et de son entourage, en disant : « Les symptômes qui vous alarment n'indiquent nullement une altération irrémédiable de vos pou-

mons. Le fonctionnement en est défectueux ; nous allons essayer de le rétablir normalement par les différents conseils et les prescriptions formelles que voici : vie au grand air, bonne alimentation, etc., etc. »

Pourquoi écraser les malheureux malades de ce mot qui les épouvante et qui épuivaut, pour la plupart, à une condamnation à mort ? Est-ce utile ? et est-ce bien notre droit ? Certes, c'est inutile, car les uns auront une confiance inébranlable dans votre science et ils resteront persuadés que, malgré tout, on n'arrivera jamais à les guérir : d'où découragements, désespoirs, suicides même. Les autres douteront de l'exactitude de votre diagnostic, et le fait est que, malheureusement, les plus habiles et les plus réputés cliniciens s'y sont parfois trompés ; il y aura toujours d'autres médecins pour rassurer ces malades sceptiques et pour profiter de votre maladroite franchise, en bernant ces pauvres hésitants d'illusions qui leur feront du bien moral au moins pendant quelque temps.

Bien plus, nous croyons que ce n'est pas notre droit de dire ainsi ce que nous croyons être la vérité à nos malades : c'est là un voile que nous ne saurions lever sans porter atteinte au secret professionnel, car notre affirmation fait un tort moral considérable au malade, dont il effraye l'entourage et dont il peut allumer les convoitises. Si la divulgation de ce secret terrible de la tuberculose pouvait, au moins, amener le malade à suivre un traitement ou un régime qui le guérisse sûrement ! Mais non ! D'abord, le médecin qui affirme ce diagnostic, peut se tromper ; de plus, nous ne connaissons pas de traitement curatif réellement efficace et héroïque. A quoi bon, alors, jeter l'effroi dans la famille et dans l'esprit du pauvre malade ? Or l'envoi d'un malade au Dispensaire anti-tuberculeux n'est-il pas tout simplement la proclamation plus ou moins mal masquée de la nature tuberculeuse de son affection ? N'avions-nous pas raison, par conséquent, d'avancer que cette création spéciale nous semblait être tout à fait contraire à l'esprit déontologique médical ?

Dr Paul Huguenin.

CHIRURGIE PRATIQUE

Luxation des ménisques articulaires du genou.

Plus fréquentes qu'on ne le croit, les luxations méniscales, dit le Dr Boucher, sont exposées à passer inaperçues par suite :

1° De la bénignité apparente du traumatisme ;

2° De leur association à d'autres désordres, dont les symptômes prennent une place assez prépondérante pour égarer le diagnostic. Ces désordres surajoutés précédent la luxation des cartilages semi-lunaires à titre de cause prédisposante (hydarthrose, hémarthrose, arthrite et rhumatisme chronique, etc.). Ils peuvent suivre la luxation, dont ils sont la conséquence (hémarthrose, hydarthrose, arthrite sèche, rhumatisme chronique tumeur blanche, troubles trophiques d'ordre réflexe, etc.). Parfois aussi ils sont contemporains de l'accident initial ;

3° De la résignation du patient, qui ignore parfois les ressources et résultats de la chirurgie des jointures ;

4° De l'insuffisance des renseignements donnés par le malade sur son affection actuelle, sa marche et son début.

En conséquence, quand il s'agit d'un traumatisme récent, ou d'une affection mono-articulaire chronique du genou, l'attention doit être éveillée sur la luxation des ménisques. Contrairement aux prévisions naturelles, ces symptômes ne s'aperçoivent pas au premier examen, et ne sont pas toujours signalés par le malade.

Le diagnostic doit se baser sur la triade symptomatique suivante : Saillie anormale ; douleurs ; double craquement.

1° La saillie résultant de la luxation du ménisque siège entre le ligament rotulien et les ligaments latéraux. Circonscrite, cartilagineuse souvent douloureuse à la pression, peu mobile à la palpation, elle émerge de l'interligne articulaire. Elle suit généralement les mouvements normaux du ménisque, disparaissant avec lui dans la flexion pour réapparaître dans l'extension.

2° La douleur parfois très intense devra toujours être étudiée avec ménagement. Pour épargner la souffrance, on devra la rechercher plutôt dans les mouvements volontaires que dans les mouvements passifs, au cours a) de la flexion pendant laquelle les ligaments traumatisés et les ligaments de nouvelle formation se distendent ou se rompent, en particulier dans la position accroupie ; b) de l'extension succédant à la flexion plus ou moins complète. Pendant la fermeture rapide de l'angle dièdre fémoro-tibial, le ménisque peut être d'autant plus aisément comprimé, qu'il est épaissi et retardé dans son retour en avant (soulèvement pour se relever de la position accroupie) ; c) de l'hyperextension, pendant laquelle le ménisque bute dans l'encoche de Terillon (marche en extension) ; d) de la rotation du corps en dedans ou en dehors, le pied immobilisé servant de pivot. Le fémur, suivant la rotation du tronc, entraîne sur son propre ménisque le condyle opposé au sens du mouvement ; e) de la torsion de la jambe étendue ou fléchie à 90°. Ces mouvements tiraillent le ménisque opposé au sens de la rotation.

Dans les mouvements où l'angle dièdre fémoro-tibial se ferme, ne laissant pas d'espace libre pour les évolutions du ménisque, les douleurs surviennent ou s'aggravent, quand les épiphyses du genou sont rapprochées par le poids du corps (station debout), les mains, la contraction musculaire (marche en extension, course, saut), le poids d'un fardeau. En revanche, le décubitus horizontal, la position assise, le pied étant sans appui, la marche en flexion, l'ascension d'un escalier, la danse, qui entr'ouvrent l'interligne, sont indolents.

Le mode d'apparition et de disparition de la douleur pendant les accès a des caractères spéciaux. Le mouvement qui les cause diffère de celui qui les interrompt. Ces deux mouvements varient suivant les individus, mais restent toujours les mêmes pour chaque malade.

Chaque accès est suivi de douleurs articulaires, qui persistent pendant un certain temps.

3° Le double craquement, plus accusé dans la station debout, est dû au glissement, sur une surface rugueuse, d'un ménisque dépoli. Le pre-

mier bruit râpeux se passe au centre de l'articulation : il a été perçu soit après une flexion de 35 à 40, soit après une flexion de 20°. Le deuxième, superficiel, se produit à la fin de l'extension, ou un peu au-delà de 90°.

La luxation des cartilages semi-lunaires, qui se complique presque toujours de méniscite devra être différenciée d'avec le méniscite traumatique simple. Cette affection est, elle aussi, trop souvent inconnue.

Les tuméfactions d'origine inflammatoire siègent juste au milieu de l'espace compris entre le bord interne du ligament rotulien et le ligament latéral. Elles ont une forme arrondie, de 10 à 15 millimètres de diamètre tandis que le ménisque luxé est ovalaire. Elles ont peu de tendance à se déplacer dans les mouvements d'extension et de flexion. Elles se distinguent souvent par de la crépitation et de la douleur au frottement ou à la pression, et surtout par leur diminution graduelle et très marquée. Il faut noter enfin l'influence merveilleuse du massage conseillé par Roux (de Lausanne) dans le cas de méniscite.

La luxation du ménisque ne nécessite pas toujours l'intervention chirurgicale, mais le traitement médical doit, pour être couronné de succès, commencer de bonne heure.

Dans les cas rebelles, la méniscotomie assure la guérison définitive.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur l'administration des matières albuminoïdes par la voie sous-cutanée.

Quand un malade ne peut se nourrir par la bouche en raison d'une affection, soit d'ordre chirurgical, soit d'ordre médical (shock opératoire, hémorrhagies graves, infections aiguës, maladies de l'estomac ou de l'intestin, ulcère stomacal, collapsus, cachexie tuberculeuse, affection mentale), son alimentation devient un problème difficile à résoudre.

Dans ces conditions, les substances nutritives peuvent lui être administrées par la sonde œsophagienne ; on les porte aussi directement dans l'estomac, au moyen d'une fistule gastrique. Ce sont là des procédés excellents, mais ils nécessitent un fonctionnement suffisant du tube gastro-intestinal. L'alimentation est encore possible par la muqueuse rectale.

Reste enfin la voie sous-cutanée. Malgré de nombreuses tentatives, on n'est pas encore parvenu à faire pénétrer de la sorte de véritables substances nutritives dans l'organisme.

Les substances nutritives les plus importantes sont, en effet, les albuminoïdes, les graisses et les hydrates de carbone, sans compter l'eau et les sels. Toutes, elles produisent la force et la chaleur, mais les albuminoïdes sont plus particulièrement efficaces, et de plus elles servent au remplacement des tissus essentiels.

Tandis que l'organisme est capable, par des réserves de graisse, d'accumuler des sources de force et de chaleur, il lui est impossible d'emmagasiner des albumines en grande quantité, et, quand celles-ci viennent à manquer, la formation des tissus en souffre, l'énergie et la résistance du corps diminuent, l'activité cardiaque faiblit.

Or, on sait que l'organisme ne peut emmagasiner les albuminoïdes, car, si elles sont données en excès, ces matières sont éliminées soit sous forme de combinaisons azotées, soit sous forme d'albumines.

L'alimentation sous-cutanée n'aura de réelle valeur que si elle permet de donner les matières albuminoïdes sous une forme directement utilisable par l'organisme. Or c'est là un résultat auquel on n'est pas encore arrivé.

Les graisses peuvent être administrées par la voie hypodermique sous forme d'huiles ; les hydrates de carbone, sous forme de solutions faibles de saccharose ; mais le coefficient calorique de ces substances n'est pas très élevé, et leur valeur nutritive reste peu importante. Quand l'organisme est encore suffisamment riche en albuminoïdes, les infusions d'eau salée physiologique sont des plus efficaces.

Depuis longtemps, on s'est efforcé de résoudre le problème de l'administration des albumines par la voie cutanée ; mais pour être assimilées par ce procédé, nombreuses sont les conditions que doit remplir une préparation albuminoïde. Il faut ; 1° qu'elle soit complètement soluble dans l'eau ; 2° qu'elle soit stérilisable, et par suite ne se coagule pas par la chaleur ; 3° que son injection ne soit pas douloureuse et n'amène pas d'accidents locaux : 4° elle doit être assimilable, et par conséquent ne doit pas s'éliminer sous forme d'albumine, ou seulement en quantité infinitésimale ; 5° elle ne doit être ni toxique ni irritante pour les reins. Sa constitution se rapprochera donc de celle du chyme ou du chyle, de la lymphe du canal thoracique.

Or, ni l'albumine ordinaire, ni la caséine, l'albumose, la peptone, l'alcali-albumine, ne répondent à toutes ces conditions. En 1903, le docteur Crédé est parvenu cependant à faire préparer une composition albuminoïde presqu'idéale, qu'il a essayée avec succès dans un grand nombre de cas, et qui toujours a rapidement été absorbée par l'hypoderme (*Münchener med. Woch.* 1904, n° 9). Cette substance, préparée au moyen de la viande, renferme 95 pour cent d'albumines facilement solubles et facilement assimilables ; elle contient en outre quelques phosphates, des traces de fer, et 0,2 pour cent de chlorure de sodium. Connue dans le commerce sous le nom de *Kalodal*, elle se dissout très bien dans l'eau, et possède toutes les réactions des matières albuminoïdes.

Le *Kalodal* se présente sous la forme d'une poudre claire, jaune brunâtre ; on le dissout soit dans l'eau normale, soit dans l'eau distillée, soit dans la solution saline physiologique. Cette dissolution, sans odeur, ni saveur, possède une réaction faiblement alcaline : elle peut sans inconvénients être stérilisée, puis conservée à long terme, puisqu'elle constitue pour la flore bactérienne un mauvais milieu de culture.

Crédé a employé le *Kalodal* chez un très grand nombre de malades, et jamais il n'a observé d'action nocive sur l'état général ; parfois, apparaissait une réaction locale légère, qui ne persistait que quelques jours.

Le médicament fut administré à des patients épuisés par des hémorrhagies ; il fut donné au stade avancé de la péritonite ou de l'obstruc-

★

tion intestinale, à la période cachectique de la tuberculose ; on l'employa dans des affections gastro-intestinales.

La dose normale comporte 5 grammes de *Kalodal*, dissous dans 50 grammes d'eau salée. Cette solution à 10 pour cent semble être la plus facilement résorbable. On peut l'injecter directement au moyen d'une seringue, ou bien, si les infusions sous-cutanées sont également indiquées ainsi qu'il arrive fréquemment, on met cette dose dans 500 grammes de solution physiologique. Ce liquide est versé dans un récipient muni de deux tubes de caoutchouc et de deux aiguilles, si bien que l'injection se fait à la fois dans deux régions différentes du corps. Les cinq grammes de *Kalodal* répondent à 20, 5 calories. c'est-à-dire qu'elles équivalent à un œuf. La solution saline est aussi rapidement absorbée que si elle n'était pas additionnée de *Kalodal*.

Quand ce composé est donné à plus forte dose, les urines des 24 ou 36 heures renferment plus d'acide urique ; exceptionnellement, elles contiennent des traces d'albumine.

Si le *Kalodal* est injecté en solution concentrée, quelques légères douleurs peuvent apparaître localement ; la région injectée ne doit pas être malaxée, quand on a retiré l'aiguille.

Dans certains cas, Crédé a porté la dose, de Kalodal à 20 grammes (80 calories) en solution à 10 pour cent, sans observer d'accidents locaux persistants, ni d'effets irritants sur les reins ; cependant d'assez grandes quantités d'albumine ont été éliminées, 48 heures durant, par les urines ; mais celles-ci n'équivalaient au total qu'à 1 gr. 36 d'albumine. Si bien que l'organisme conservait néanmoins 76 calories. Pour éviter ces inconvénients, Crédé fractionne les 20 grammes de Kalodal, en doses de 5 grammes, données toutes les six heures ; l'albumine urinaire n'est qu'à l'état de traces dans ces conditions.

Théoriquement, un homme malade userait environ 27 grammes d'albumine par jour ; cette dose de 20 grammes de Kalodal pour 24 heures, administrée par Crédé, serait donc suffisante, si l'on pense que l'albumine de ce composé est directement assimilable. S'il est nécessaire d'augmenter encore la quantité de substances nutritives, on prescrit, en outre, des infusions souscutanées, le Kalodal en lavement.

D'ailleurs, ces hypothèses sont vérifiées par la pratique. Les effets sont particulièrement remarquables, quand, à l'injection de Kalodal est jointe une infusion de solution saline physiologique.

On choisira la cuisse, l'abdomen, les lombes, les régions sous-claviculaires, pour y faire ces injections. Pour éviter la douleur, pour diminuer la réaction locale, on ne donnera pas au liquide une forte pression.

En raison de son assimilation facile, le Kalodal peut également s'employer par la voie stomacale pour compléter l'alimentation. A cet égard, Crédé n'a pas encore fait de recherche systématique ; il peut cependant affirmer que sous forme de poudre, à la dose de 2 à 5 grammes, dissous dans le bouillon, le potage, etc., le médicament se prend très facilement, car il est insipide. La solution à 10 pour cent est également utilisable : elle se conserve sans altérations pendant plusieurs semaines.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le service public de la vaccine.

Au moment où l'organisation de ce nouveau service public est à l'ordre du jour, il nous a paru utile de publier les documents officiels qui le concernent, documents que le médecin a très souvent besoin de consulter et qu'il ne sait où trouver.

I° Décret du 27 juillet 1903.

portant règlement d'administration publique sur la vaccination et la revaccination

(en vertu de l'article 6 de la loi du 15 février 1902.)

Le Président de la République Française,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur ;

Vu la loi du 15 février 1902 et notamment son article 6 ainsi conçu :

« La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.

« Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure.

« Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixera les mesures nécessitées par l'application du présent article ;

Vu les avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France ;

Vu l'ordonnance du 20 décembre 1820 ;

Vu l'avis du ministre de la justice en date du 2 mai 1903 ;

Le Conseil d'Etat entendu.

Décrète :

Article premier. — Le service de vaccine établi à l'Académie de médecine est chargé :

1° De l'entretien des meilleures semences vaccinales ;

2° Du perfectionnement de la production du vaccin et de la vaccination ;

3° Des épreuves scientifiques que comporte le contrôle des établissements qui préparent ou distribuent le vaccin.

L'Académie de médecine adresse chaque année au ministre de l'intérieur, d'après les documents qui lui sont transmis par ce ministre, un rapport exposant le fonctionnement et les résultats des opérations vaccinales et indiquant le nombre des vaccinations et revaccinations pratiquées dans les départements et, spécialement, dans les villes de plus de 20.000 habitants.

Art. 2. — Dans chaque département, le préfet nomme les médecins, les sages-femmes et les autres agents du service de la vaccine organisé par le conseil général en exécution de l'article 20 de la loi susvisée.

Art. 3. — Des arrêtés ministériels, pris après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, déterminent les obligations des médecins chargés des vaccinations gratuites et prescrivent, pour les établissements qui distribuent du vaccin, les mesures d'hygiène et les épreuves propres à assurer et à constater la pureté et l'efficacité du vaccin.

Nul ne peut ouvrir un établissement destiné à préparer ou distribuer du vaccin sans avoir fait une déclaration préalable à la préfecture ou à la sous-préfecture.

Il sera donné récépissé de cette déclaration.

Ces établissements sont soumis à la surveillance de l'autorité publique, conformément aux dispositions arrêtées par le ministre de l'intérieur.

Art. 4. — Dans chaque commune les séances de vaccination gratuite et les séances de revision des

résultats de ces opérations sont annoncées par voie d'affiches indiquant le lieu et la date de ces séances et rappelant les obligations légales des parents ou tuteurs et les pénalités qu'ils encourent.

Les parents ou tuteurs sont tenus d'envoyer les enfants aux séances de vaccination, de les soumettre à l'opération au cours de la séance de revision. Toutefois, il sont libres de satisfaire a leur obligation en déposant à la mairie un certificat constatant la vaccination ou la revaccination de leurs enfants avec la date et le résultat de ces opérations, délivré par le médecin ou la sage-femme qui les aura pratiquées.

Art. 5. Les vaccinations sont ajournées par arrêté préfectoral pour les habitants des localités où une maladie infectieuse autre que la variole règne épidémiquement ou menace de prendre une extension épidémique.

Art. 6. — Les listes des personnes soumises à la vaccination ou à la revaccination obligatoire sont établies par les soins des municipalités de la façon suivante :

1° Pour la première vaccination, la liste comprend :

a) Tous les enfants ayant plus de trois mois et moins d'un an le jour de la séance de vaccination, nés dans la commune et relevés sur le registre de l'état civil ;

b) Les enfants du même âge nés dans une autre localité et résidant dans la commune ;

c) Les enfants plus âgés qui n'auraient pu être vaccinés antérieurement pour une raison quelconque ;

d) Ceux qui, antérieurement vaccinés, doivent subir une nouvelle vaccination, la première n'ayant pas été suivie de succès.

2° Pour la première revaccination, la liste comprend, d'après l'état civil et les renseignements fournis par les directeurs des établissements d'instruction publics ou privés, tous les enfants inscrits dans les écoles qui sont entrés dans leur onzième année au moment de la séance de vaccination et ceux, quel que soit leur âge, qui n'auraient pas subi la vaccination ou la première revaccination.

Les enfants qui reçoivent l'instruction à domicile doivent être déclarés par leur parents ou tuteurs dans les mêmes conditions et portés sur la liste.

3° Pour la deuxième revaccination, la liste comprend toutes les personnes qui se trouvent au cours de leur vingt et unième année et résident dans la commune.

Art. 7. — Sur ces listes le médecin vaccinateur inscrit en regard de chaque nom la date de la vaccination et ses résultats, soit que le sujet ait été vacciné au cours d'une des séances visées à l'article 4, soit que les parents ou le tuteur de ce dernier aient produit le certificat prévu par le même article.

Art. 8. — Si le médecin vaccinateur, au cours de la séance de vaccination gratuite, estime qu'un sujet qui lui est présenté ne peut être vacciné à cause de son état de santé, il fait mention de cette impossibilité sur la liste en regard du nom de l'intéressé. Il inscrit une mention analogue en regard du nom de ceux pour lesquels il aurait été produit un certificat constatant la même impossibilité, signé par le médecin qui les traite.

Art. 9. — Dans le cas d'insuccès, la vaccination doit être renouvelée une deuxième et, au besoin, une troisième fois, le plus tôt possible et, au plus tard, à la prochaine séance de vaccination.

Il est dressé pour cette séance une liste supplémentaire sur laquelle sont inscrites toutes les personnes dont la vaccination doit être renouvelée, ainsi que toutes celles dont la première vaccination ou la revaccination a été ajournée pour le motif indiqué a l'article 8.

Après vérification du succès de chaque vaccination, ou après la troisième tentative, le médecin vaccinateur délivre aux parents ou tuteurs des personnes soumises à l'opération un certificat individuel attestant qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi. Pareille pièce est délivrée à ceux qui ont présenté le certificat prévu par l'article 4.

Art. 10. — L'étranger qui aura établi sa résidence en France est soumis, pour lui-même et pour ses enfants, aux prescriptions du présent règlement dans le lieu de sa résidence.

Art. 11. — Après la dernière séance de revision concernant sa commune, le maire prévient par avertissement individuel les parents ou tuteurs qui n'ont pas satisfait aux obligations inscrites dans l'article 4 du présent décret, qu'ils sont tenus de présenter, avant la fin de l'année durant laquelle leurs enfants sont soumis à la vaccination ou à la revaccination, un certificat conforme à celui prévu par le même article.

A l'expiration de ce délai, le maire ou le commissaire de police dresse contre ceux qui n'ont pas fourni cette justification un procès-verbal constatant contravention à l'article 6 de la loi du 15 février 1902, et le transmet immédiatement au magistrat chargé des fonctions du ministère public près le tribunal de simple police.

Art. 12. — A l'issue des opérations vaccinales, le maire envoie copie des listes de vaccinations de sa commune au préfet ou au sous-préfet.

Art. 13. — Le ministre de l'intérieur et le garde des sceaux, ministre de la justice, sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 27 juillet 1903.

Le Président de la République française,
Emile Loubet

Pour le Président de la République :
Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, E. Combes.
Le garde des sceaux ministre de la justice Vallé.

II° — Arrêté ministériel du 28 mars 1904 relatif aux obligations des praticiens chargés des services publics de vaccine

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des cultes,

Vu la loi du 15 janvier 1902 et notamment son article 6 relatif à l'obligation de la vaccination et de la revaccination antivarioliques ;

Vu le décret du 27 juillet 1903......

Vu les avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France ;

Sur la proposition du Conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques ;

Arrête :

Art. 1er. — Les vaccinations et revaccinations publiques sont pratiquées exclusivement avec le vaccin animal.

Le vaccin ne peut provenir que des établissements producteurs remplissant les conditions déterminées en exécution de l'art 3 § 1er du décret du 27 juillet 1903.

Art. 2. — Le service est placé sous le contrôle immédiat du Conseil d'Hygiène départemental et sous le contrôle supérieur de l'Académie de Médecine.

Le contrôle du Conseil départemental d'hygiène s'exerce par l'entremise d'une commission spéciale, qui est composée de trois membres désignés par le Préfet sur la présentation du Conseil et présidée par le Secrétaire Général ou par un conseiller de préfecture délégué. Les trois membres du Conseil comprennent deux médecins particulièrement qualifiés par leur compétence bactériologique et un vétérinaire.

La commission devra présenter chaque année au Préfet du département un rapport sur le fonctionnement du service.

Art. 3. — Il devra être fait emploi du vaccin dans le plus court délai possible, et au plus tard dans le délai de quarante jours à dater de sa récolte.

L'excédent de vaccin provenant de tubes ouverts au cours d'une précédente opération ne sera jamais utilisé.

Les praticiens chargés du service tiennent à cet égard un registre personnel portant, outre les numéros d'ordre, les indications suivantes : le jour de la réception du vaccin ; le nom de l'établissement d'où il provient ; le numéro du livre d'envoi de cet établissement : la quantité de produit reçu ; le lieu, le jour et la séance où il a été utilisé ; le nombre d'enfants vaccinés ; les observations générales motivees par le service ou par les résultats obtenus.

Art. 4. — Les vaccinateurs veilleront à ce que les séances soient toujours tenues dans des locaux propres, bien aérés, convenablement chauffés, ne recevant d'habitude que des personnes saines ; ces locaux ne devront jamais être encombrés.

Art. 5. — Les enfants à vacciner devront être examinés avec soin avant l'opération. On interrogera, s'il y a lieu, les parents sur leur état de santé habituelle. La vaccination et la revaccination des enfants affligés de maladies chroniques susceptibles de porter atteinte à la nutrition ou à la constitution des humeurs seront ajournées à une époque ultérieure, à moins de circonstances exceptionnelles qu'il appartient au médecin vaccinateur d'apprécier.

Art. 6. — Le médecin vaccinateur est libre de recourir au procédé d'inoculation qui a sa préférence. Mais quel que soit ce dernier, l'inoculation doit être considérée comme une opération chirurgicale et exécutée avec toutes les règles propres à écarter les infections traumatiques.

Art. 7. — La visite des sujets vaccinés se fera au plus tôt le septième jour après l'opération.

Art. 8. — Si des insuccès avérés et exceptionnels étaient constatés ou si des accidents imputables à la vaccination venaient à se produire, les praticiens chargés du service devraient en rendre compte aussitôt au Préfet du département qui en saisirait la Commission spéciale du Conseil Départemental d'hygiène et l'établissement producteur.

Art. 9. — En dehors des prescriptions formulées soit par le décret du 27 juillet 1903, soit par le présent arrêté, les praticiens chargés du service public ont le devoir de se conformer aux obligations résultant pour eux des *Instructions spéciales approuvées à cet effet par l'Académie de médecine et le Comité consultatif d'hygiène publique de France*. Ces instructions seront remises par les soins de l'Administration à chacun des praticiens intéressés, de telle sorte qu'il en ait constamment un exemplaire à sa disposition.

Art. 10. — Le Conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, 18 mars 1904,

E. Combes.

III° Arrêté ministériel du 30 mars 1904 relatif a la tenue et au controle des établissements vaccinogènes.

Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes.

Vu......

Arrête :

Art. 1er. — Les établissements vaccinogènes sont placés sous le contrôle immédiat du Coneil départemental d'hygiène et sous le contrôle supérieur de l'Académie de médecine.

Le contrôle du Conseil départemental d'hygiène s'exerce par l'entremise de la commission spéciale constituée ainsi qu'il est dit à l'article 2 de l'arrêté du 28 mars 1904 relatif aux obligations des praticiens chargés des services publics de vaccination.

La Commission effectue, dans les établissements ayant fait l'objet de la déclaration prescrite, des visites aussi fréquentes qu'elle le juge nécessaire et au moins une fois par trimestre. Elle en rend compte au Préfet, s'il y a lieu, par des rapports spéciaux et, en tous cas, par un rapport annuel dont copie est adressée au ministre de l'Intérieur pour être transmise à l'Académie de médecine.

Art. 2. — Les établissements producteurs de vaccin, publics ou privés, sont dirigés par un docteur en médecine assisté d'un vétérinaire et d'un certain nombre d'aides.

Les noms et titres de ces divers praticiens sont mentionnés dans la déclaration prescrite à la Préfecture ou à la Sous-Préfecture par l'art. 3, § 2 du décret du 27 juillet 1903. Toute modification apportée à la composition de ce personnel est immédiatement notifiée dans les mêmes conditions. Ces indications sont transmises au Ministre de l'Intérieur.

Art. 3. — Les locaux des établissements vaccinogènes doivent être convenablement eclairés et aérés et tenus dans un état de propreté parfaite.

La récolte et la préparation du vaccin doivent être pratiquées dans des conditions d'asepsie rigoureuses.

Art. 4. — Les vétérinaires attachés aux établissements vaccinogènes sont chargés de l'examen des genisses vaccinifères avant l'inoculation et de leur autopsie après abatage, en vue de rechercher si elles ne sont ou si elles n'étaient pas atteintes de maladie infectieuse et notamment de tuberculose.

Si l'autopsie révélait l'existence d'une de ces affections, le vaccin provenant de l'animal atteint serait immédiatement détruit.

Art. 5. — La virulence du vaccin produit par une génisse devra être éprouvée, avant qu'il ne soit mis en service, sur un autre vaccinifère servant en même temps aux inoculations productives de vaccin. Si les résultats de cet essai n'étaient pas satisfaisants, le vaccin devrait être détruit comme il est dit à l'article précédent.

Art. 6. — Il ne doit pas être délivré de vaccin récolté depuis plus de trente jours.

Chaque tube doit être revêtu d'une étiquette indiquant la provenance et la date de la récolte du vaccin.

Chaque envoi de vaccin est accompagné d'une notice portant désignation de l'établissement producteur, du numéro d'ordre du livre d'expédition, du jour de la récolte du vaccin et de la quantité contenue dans chaque tube, ainsi que d'une instruction sur son emploi.

Art. 7. — Il est tenu dans chaque établissement un journal des inoculations pratiquées sur les génisses et un registre relatif à l'expédition du vaccin qui comprendront les rubriques suivantes :

1° Registre d'inoculation des génisses :

a) numéro d'ordre du service courant :
b) race, sexe, couleur et âge de l'animal ;
c) jour de l'installation de l'animal, du dernier examen dont il a été l'objet, enfin de son départ de l'établissement ;
d) jour et heure de l'inoculation et de la récolte du vaccin ;
e) espèce et provenance du vaccin inoculé ;
f) température (et si possible le poids du corps) de l'animal au moment de l'inoculation et de la récolte du vaccin ;
g) état de santé de l'animal au moment de l'installation et pendant le développement des pustules ;
h) état des organes internes après abatage et autopsie faite par le vétérinaire ;
i) résultats de l'inoculation ;
j) mode de préparation du vaccin ;
k) observations diverses.

2° Registre d'expédition du vaccin :

a) numéro d'ordre du service courant ;
b) nom et situation du destinataire ;

c) sa résidence ;
d) date de la réception de la commande ;
e) date de l'envoi ;
f) origine et âge du vaccin ;
g) mode de préparation du vaccin.
h) quantité de vaccin envoyée ;
i) observations, notamment résultats obtenus par le vaccinateur.

ART. 8. — Les établissements vaccinogènes sont tenus de se conformer aux mesures d'hygiène déterminées, notamment en ce qui concerne les dispositions de leurs locaux et de leur fonctionnement, par les *Instructions spéciales approuvées à cet effet par l'Académie de médecine et le Comité consultatif d'hygiène publique de France.* Un exemplaire de ces instructions est joint au récépissé de déclaration et tenu constamment affiché à l'intérieur de l'établissement.

ART. 9. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, 30 mars 1904.

E. COMBES.

XXI. — CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE DU 31 MARS 1904 AUX PRÉFETS, RELATIVE A LA VACCINATION ET A LA REVACCINATION OBLIGATOIRES ; OBLIGATIONS DES VACCINATEURS ÉTABLISSEMENTS VACCINOGÈNES ; APPLICATION DES ARRÊTÉS DES 28 ET 30 MARS 1904.

Monsieur le préfet, le décret du 27 juillet 1902 portant règlement d'administration publique sur la vaccination et la revaccination obligatoires s'en est remis, par son article 3, à des arrêtés ministériels du soin de « déterminer les obligations des médecins chargés des vaccinations gratuites » et de « prescrire pour les établissements qui distribuent du vaccin les mesures d'hygiène et les épreuves propres à assurer et à constater la pureté et l'efficacité du vaccin ».

De son côté, ma circulaire du 7 août 1903 réservait expressément ces deux points, jusqu'au moment où les prescriptions envisagées auraient été élaborées par l'Académie de médecine et le Comité consultatif d'hygiène publique de France, d'accord avec mon administration.

Ces deux hautes assemblées techniques viennent de me faire parvenir leurs propositions suivant lesquelles j'ai pris, pour l'exécution des dispositions susvisées, deux arrêtés distincts, complétés par des instructions d'un caractère plus particulièrement technique.

Vous trouverez annexé à la présente circulaire le texte de ces arrêtés et instructions.

Obligations des vaccinateurs.

I. — L'arrêté du 28 mars 1904, relatif aux obligations des vaccinateurs, formule tout d'abord dans son article premier le principe que les vaccinations et revaccinations publiques ne peuvent être pratiquées qu'avec le vaccin animal, et que ce vaccin doit exclusivement provenir des établissements producteurs remplissant les conditions prescrites en exécution de l'article 3, § 1er, du décret du 27 juillet 1903.

Commission de contrôle.

L'article 2 charge une commission prise dans le sein du conseil départemental d'hygiène d'assurer le contrôle du service : cette commission doit être composée de trois membres désignés par vous sur la présentation du conseil, dont deux médecins particulièrement qualifiés par leur compétence bactériologique et un vétérinaire ; elle se réunira sous la présidence du secrétaire général de votre préfecture ou d'un conseiller de préfecture délégué, et vous adressera un rapport annuel sur le fonctionnement du service des vaccinations et revaccinations.

Vous aurez soin, Monsieur le préfet, de procéder sans retard à la constitution de cette commission, et, postérieurement, de m'envoyer copie des rapports que vous en recevrez pour être transmis par mes soins à l'Académie de médecine.

Prescriptions essentielles.

Les articles 5 à 8 formulent les prescriptions essentielles dont l'observation s'impose d'une façon rigoureuse aux médecins et aux sages-femmes chargés des vaccinations et revaccinations gratuites pour la sauvegarde des responsabilités engagées dans l'accomplissement de leur mission ; l'article 9 se réfère expressément, pour le détail de ces prescriptions comme pour l'énonciation de toutes autres recommandations utiles, aux instructions spéciales approuvées par l'Académie de médecine et par le Comité consultatif d'hygiène publique de France. On ne saurait trop appeler l'attention des praticiens sur l'importance que présentent en pareil cas des précautions qui doivent avoir pour objet, comme l'indique le rapporteur de l'Académie de médecine, M. le Dr Kelsch, d'écarter les moindres chances d'accident d'une opération imposée par la loi à tous les Français.

En vue d'assurer en conséquence et d'une manière constante l'exacte et entière application de ces arrêtés et instructions, il conviendra que chacun des praticiens appelés à coopérer à un titre quelconque aux services publics de vaccinations soit toujours muni d'un exemplaire les renfermant. Il vous appartiendra, Monsieur le préfet, d'y veiller en leur fournissant l'exemplaire nécessaire, comme aussi de tenir la main, d'accord avec la commission de contrôle, à la tenue régulière du registre personnel prévu par l'article 5, § 2.

Etablissements vaccinogènes.

II. — Le décret du 27 juillet, article 3, confie également à un arrêté ministériel, pris après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le soin de déterminer les mesures d'hygiène et les épreuves propres à assurer et à constater la pureté et l'efficacité du vaccin, et l'article ajoute :

« Nul ne peut ouvrir un établissement destiné à préparer ou à distribuer du vaccin sans avoir fait une déclaration préalable à la préfecture ou à la sous-préfecture.

« Il sera donné récépissé de cette déclaration.

« Ces établissements sont soumis à la surveillance de l'autorité publique conformément aux dispositions arrêtées par le ministre de l'intérieur. »

Contrôle.

L'arrêté du 30 mars 1904 organise dans son article premier le contrôle des établissements producteurs de vaccin : ce contrôle est remis dans chaque département à la commission du conseil départemental d'hygiène qui est déjà chargée de la même surveillance pour le service de vaccinations par l'article 2 de l'arrêté du 28 mars 1904 et que vous avez à constituer comme il est dit ci-dessus. En conséquence, lorsqu'il existera dans un département un institut vaccinogène soit public, soit privé, ayant fait la déclaration prescrite, la commission spéciale devra le visiter aussi fréquemment qu'elle le jugera utile, et au moins une fois par trimestre, en vue de vérifier si les prescriptions de l'article qui nous occupe et des instructions qui le complètent y sont exactement observées. Elle vous en rendra compte s'il y a lieu par les rapports spéciaux et, en tout cas, par un rapport annuel dont vous m'adresserez copie pour être transmise à l'Académie de médecine.

Obligations relatives à la tenue et au fonctionnement.

Les obligations imposées aux établissements producteurs de vaccin ont trait à leur organisation au point de vue du personnel (art. 2) ; à leur installation et aux précautions antiseptiques qui doivent y être observées (art. 3) ; à l'examen préalable et à l'autopsie après abattage des génisses vaccinifères, en vue de rechercher si elles ne sont ou n'étaient pas atteintes de maladies infectieuses, notamment de tuberculose, et à la destruction du vaccin si le résultat est affirmatif (art. 4) ; à l'essai du vaccin et à

sa destruction si les résultats de cet essai ne sont pas satisfaisants (art. 5) ; aux conditions de délivrance du vaccin (art. 6), et à la tenue de deux registres relatifs l'un aux inoculations de génisses et l'autre à l'expédition de vaccin (art. 7).

L'article 8 stipule enfin que les établissements vaccinogènes sont tenus de se conformer aux mesures d'hygiène déterminées par les instructions spéciales approuvées à cet effet par l'Académie de médecine et le Comité consultatif d'hygiène publique de France. Un exemplaire de ces instructions doit être joint au récépissé de déclaration pour être constamment tenu affiché à l'intérieur de l'établissement.

Etablissements existants.

Ces règles ont un caractère général ; elles s'appliquent aux établissements déjà existants comme à ceux qui se créeront désormais.

Les établissements vaccinogènes actuels devront être immédiatement invités par vos soins à formuler la déclaration visée par les articles 3 du décret du 27 juillet 1903 et 2 de l'arrêté du 30 mars 1904.

Cette déclaration sera portée à la connaissance de la commission spéciale du conseil départemental qui se transportera aussi promptement que possible dans l'établissement et y procèdera à une visite détaillée, elle dressera un rapport envisageant les différents points du service déterminés par les arrêtés et instructions. Son rapport me sera transmis et me permettra de dresser la liste des instituts susceptibles d'être admis à la fourniture du vaccin pour les services publics : je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance que présentent cette première visite et ce premier rapport.

Je compte, Monsieur le préfet, sur votre intervention personnelle pour régler avec toute la précision qu'elle comporte la mise à exécution de ces diverses dispositions.

S'il n'existait pas d'établissement vaccinogène dans votre département, je vous serais obligé de me le faire connaître, en indiquant autant que possible les principales provenances du vaccin qui y est utilisé, soit par les services publics, soit par les vaccinateurs particuliers.

Organisation définitive des services.

Vous remarquerez, en terminant, que l'envoi des arrêtés et instructions qui accompagnent la présente circulaire s'ajoute au règlement d'administration publique du 27 juillet 1903 et à ma circulaire précédente du 7 août 1903 pour compléter l'organisation qu'a eue en vue l'article 6 de la loi du 15 février 1902, imposant l'obligation de la vaccination et de la revaccination antivarioliques.

Rien ne saurait dès lors retarder la contitution définitive du service suivant les dispositions que le Conseil général de votre département doit être appelé à déterminer, s'il ne l'a déjà fait, ou tout au moins à parfaire dans sa session d'avril. Vous ne devrez point négliger de soumettre à son examen tous les éléments de la question, de manière à dégager la responsabilité de votre administration des conséquences que pourrait avoir pour la santé publique l'inexécution des mesures de préservation édictées par le législateur.

Pour le président du Conseil,
ministre de l'intérieur et des cultes :
Le conseiller d'État, directeur,
HENRI MONOD.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Deuxième lettre à un jeune homme qui étudie la médecine pour aller s'établir à la campagne,

Par le Dr DUMAS, de Lédignan (Gard). (1)

Savez-vous bien, mon jeune ami, que je regrette presque d'avoir répondu à votre première question, puisque cela m'en vaut une autre plus embarrassante encore : « Soyez bon jusqu'au bout, m'écrivez-vous, et après m'avoir dit ce qu'est la médecine à la campagne, dites-moi, je vous prie, ce qu'est le médecin de campagne, donnez-moi sa psychologie, je veux dire son état d'âme. »

Bigre, jeune homme, de quelle tâche me chargez-vous là ? Avez-vous bien réfléchi à toutes les difficultés que j'aurai à surmonter ?

L'état d'âme d'un médecin ? Mais de quel médecin voulez-vous parler ? De celui qui vient de quitter les bancs de l'école ? du jeune médecin de deux à trois ans de pratique qui croit que l'art de guérir n'a plus de secrets pour lui ? du praticien, dans la force de l'âge et du talent, à qui les éloges et la confiance de ces clients causent je ne sais quelle gêne, quelle souffrance, tant il se sent au-dessous de sa tâche ? ou enfin, du médecin déjà vieux, et qu'amoindrit si souvent le scepticisme thérapeutique ?

Voilà déjà quatre phases de la carrière médicale qui font quatre médecins différents, comme nous le verrons tout à l'heure ; et, en cherchant bien, nous en trouverons, peut-être, d'autres, sans parler des médecins devenus législateurs par la grâce du suffrage universel. Nul doute qu'il n'y ait parmi ces derniers des hommes de valeur qui honorent les deux Chambres, comme ils honoraient leur profession, mais on y trouverait aussi, sans doute, des médecins qui rendent plus de services à leurs électeurs qu'ils n'en rendaient à leurs malades. Gardons-nous donc de les blâmer d'avoir « cédé aux sollicitations de leurs nombreux amis », en cherchant à utiliser ailleurs des facultés qui n'avaient pas trouvé leur emploi dans la carrière médicale.

Ainsi, vous le voyez, pour répondre à votre question, il me faut esquisser quatre silhouettes ; c'est beaucoup plus, sans doute, que vous ne pensiez, et beaucoup trop pour ma compétence. J'essaierai néanmoins, tant est grand mon désir de vous obliger. Mais laissez-moi vous faire observer qu'entre le médecin de ville et le médecin de campagne il y a si peu de différence que ce que je dirai de l'un, vous pourrez l'appliquer à l'autre. Telle n'est pas, je le sais, l'opinion du public qui croit le médecin de ville bien supérieur au médecin de campagne ; il va même plus loin, il croit, ce bon public, que la valeur d'un médecin est proportionnelle à la population de la ville qu'il habite ! Et n'essayez pas de réagir, vous y perdriez votre temps ; cette bêtise doit avoir de profondes racines, si l'on en juge par son âge : déjà au temps de Jésus, les gens sérieux disaient : « Que peut-il sortir de Nazareth ? » Mais revenons à la question.

L'état d'âme du jeune confrère frais émoulu de la Faculté relève en quelque sorte de la psychologie pathologique ; il est atteint de *phobies* et plus spécialement de *diagnosticophobie*, si vous me permettez un tel néologisme. Pour lui, à cette heure, le diagnostic, « voilà l'ennemi ». Qu'il arrive à mettre un nom sur la maladie dont souffre son client, et le voilà sauvé (lui, pas le client) ; il n'aura plus alors qu'à se reporter à son traité de thérapeutique, et ça ira tout seul (pour lui). Mais ce diagnostic ! Aussi pourquoi son professeur de pathologie générale lui a-t-il si souvent rappelé cet aphorisme qui, partout, le poursuit : « *Quam difficile curare, quam difficilius cognoscere !* » Il est vrai que sa grande crainte du *difficilius* a

(1) Voir la première lettre au n° 13.

fini par lui faire trouver le *difficile* peu redoutable. Hélas ! il apprendra bientôt, et ses malades aussi, que, dans bien des cas, ce *difficile* aurait droit au *difficilius*.

J'ai connu de tout jeunes médecins, ayant fait ce qu'on est convenu d'appeler de bonnes études et pourtant si effrayés des difficultés qui les attendaient au lit du malade que, chemin faisant, ils cherchaient à connaître l'opinion de l'exprès qui était venu les quérir. Peine perdue, du reste: Brown, un médecin écossais dont vous lirez plus tard les œuvres — ce qui ne vous servira pas à grand'chose — rangeait toutes les maladies en deux classes, les sthéniques et les asthéniques ; la classification de notre exprès est à peu près la même, pour lui toutes les maladies sont un grand feu ou un grand froid. Mal renseigné de ce côté, notre jeune confrère se promet de bien interroger l'entourage du malade ; peut-être apprendra-t-il que la maladie actuelle n'est que la poussée aiguë d'une affection chronique dont toute la famille connaît le nom ! Il est du reste moins ému qu'au départ ; tout à l'heure l'exprès était si pressé, si pressant, qu'il avait cru à quelque cas suraigu. et voilà qu'il apprend, maintenant, que le malade « se couche et se lève » depuis plusieurs semaines. Que voulez-vous ? l'exprès avait trouvé un peu long le chemin fait à pied, et il s'était arrangé pour le refaire en voiture, confortablement assis à côté du médecin. Que le confrère qui n'a jamais avancé ou retardé une visite pour la faire coïncider avec une autre, promise dans le voisinage, lui jette la première pierre. Oui, ses craintes sont moins vives ; avec une maladie chronique on a le temps de se retourner, on peut consulter ses auteurs, n'ordonner que de l'*aqua fontis* à une première visite, puis revenir le lendemain avec une ordonnance glissée dans le portefeuille, crainte de quelque erreur dans les doses de tant d'ingrédients. Car, il faut bien le reconnaître, à lire tout ce que les formulaires font entrer dans un flacon, voire même dans la plus petite pilule, on dirait que les auteurs ont eu surtout en vue d'exercer la mémoire des pauvres débutants.

Vous le voyez, mon jeune ami, bien pénibles sont les débuts, et j'aurais rendu, jadis, un vrai service à ces jeunes confrères, si j'avais obtenu que tout médecin qui n'avait pas fait d'internat dans un grand hôpital fût tenu de faire un stage d'un an chez un praticien autorisé. C'est parce que je crois toujours l'idée juste et féconde que j'y reviens dans l'article que je vous ai envoyé: « Les étudiants en médecine et la loi de deux ans ». Il me semble, aussi, qu'en ne faisant son service militaire qu'après la fin de ses études le jeune docteur rendrait plus de services à l'armée tout en se familiarisant avec la pratique.

Quoi qu'il en soit, cette *diagnosticophobie* n'a que peu de durée ; chez la plupart il en reste à peine quelques traces au bout de six mois, et, dès la fin de la première année, si le jeune praticien a eu tant soit peu de succès, aux *phobies* de la première heure succède une assurance qu'on jurerait prendre sa source dans une profonde science et un rare talent d'observation : *Quantum mutatus ab illo* ! Est-ce parce qu'il a maison montée, cheval, voiture, qu'il paie patente, vote et va se marier, que notre confrère a une telle confiance en soi ? Je laisse à de plus compétents le soin de vous expliquer cette transformation, qu'il me suffit de noter : non seulement il n'a plus de *phobies*, mais il se joue de difficultés qui en arrêtent et rendent perplexes de plus vieux que lui dans le métier. Faut-il s'en réjouir ? Pour lui, c'est évident ; pour ses malades, c'est douteux ; mais n'insistons pas.

Quelques années se passent, et une nouvelle transformation a lieu : on dirait que la confiance que le public lui accorde tous les jours davantage chasse, en quelque sorte, celle qu'il avait en son propre savoir. De nouveau revient dans son esprit le *difficilius cognoscere* ; toutefois, si, de nouveau, il redoute de se tromper, ce n'est plus pour lui, pour sa réputation, son avenir, mais pour ses malades, et cela vaut infiniment mieux. L'égoïsme du début fait place à l'altruisme, sa conscience s'élargit, parle et l'éclaire : il comprend maintenant que, s'il importe de réussir, il importe plus encore de le mériter.

Le voilà arrivé à la phase critique de sa vie professionnelle ; s'il croit ou *cherche* à croire que la médecine n'est qu'une science incertaine, un art qui manque de règles, il va se rouiller, s'enliser dans une thérapeutique purement symptomatique et même nulle, Si, au contraire, il se rend compte qu'il a beaucoup à apprendre, s'il se décide à étudier les nouvelles méthodes que les préoccupations d'une clientèle à créer lui avaient fait quelque peu négliger, s'il comprend, enfin, que le médecin doit rester écolier toute sa vie, le corps médical comptera bientôt un honnête et distingué praticien de plus. J'ajoute que si cet homme a souffert physiquement et moralement, je veux dire s'il a été sérieusement malade ou si l'un des siens l'a été, je ne vois pas ce qui lui manquerait pour faire un vrai médecin dans la plus belle acception du mot. Eh bien ! si, mon jeune ami, il lui manquerait encore, pour que la *formule* fût complète, le précieux *adjuvant* dont je vous ai parlé dans ma première lettre, une femme aimante et aimée pour le préserver d'autres tendresses, une compagne fidèle et dévouée, dont l'affection quasi maternelle veillerait sur ce grand enfant qui soigne si bien les autres et sait si mal se soigner.

Sur ce médecin-là, la vieillesse n'aura pas de prise : il gardera sa foi et, tant que ses forces le lui permettront, il trouvera dans l'exercice de sa belle profession ses satisfactions les plus pures.

Mais, que d'autres verront leur foi s'en aller, le scepticisme thérapeutique les envahir ! Ils cesseront de croire parce qu'ils auront cessé d'étudier. Dans un autre domaine — permettez-moi ce rapprochement — il faut prier pour croire ; dans le nôtre, il faut travailler : presque toujours, en effet, le scepticisme n'est chez nous qu'un autre nom de l'ignorance.

N'allez pas trop vous apitoyer sur ce praticien qui, ayant perdu la foi, se croit impuissant et se croise les bras, gardez plutôt votre pitié pour ses malades ; lui est moins à plaindre que vous pourriez le croire dans votre ingénuité : pour se rassurer, il se dit qu'il fait de l'expectation, pour s'excuser il a une maxime : « *Primo non nocere* » Eh ! oui, sans doute, il ne faut jamais nuire, ni *primo* ni *deinde*, mais n'est-ce pas nuire que de laisser brûler un homme sous prétexte qu'en lui jetant un seau d'eau on pourrait l'enrhumer ? Ce qu'il ne fait pas, un autre l'eût fait, et le défunt serait peut-être encore de ce monde.

De ce que je ne vous parle ici que du scepticisme du vieux médecin, n'en concluez pas, je vous prie, que les autres en soient à l'abri ; il y a des sceptiques de tout âge, d'autant plus dangereux qu'ils ont plus de malades. Il en est même avant la lettre, dès les bancs de l'Ecole ; n'allez pas les prendre au sérieux, ce sont de petits jeunes gens égarés dans la médecine, qui n'ont jamais cherché à s'instruire que dans des manuels, et qui, n'ayant retenu que des mots, croient qu'il n'y a pas autre chose. Leur scepticisme est un manteau sous lequel ils dissimulent les haillons de leur esprit. — Hum ! voilà une figure de rhéorique bien hasardée, je la garde pourtant, parce qu'elle rend bien ma pensée.

Je voudrais m'arrêter ici, tant est pénible et humiliant l'aveu que je vais vous faire, mais vous me demandez toute la vérité, la voici : *Medicus medico lupus* : vous connaissez le latin, dispensez-moi de dire cela en français ; il n'y a guère que des prêtres candidats à la même cure et mieux encore au même évêché dont on pourrait, sans injustice, en dire autant. Il est vrai que, dans les deux cas, c'est l'orgueil, l'amour-propre et l'intérêt qui sont en jeu, trois mobiles féroces qui se joueront toujours de tous les syndicats, de toutes les associations, de toutes les religions. Grasset, dans son remarquable rapport au Congrès international de 1900, sur les principes fondamentaux de la déontologie médicale, demande la création d'un Conseil supérieur de la médecine professionnelle. Nul ne peut avoir plus d'admiration que moi pour le grand clinicien de Montpellier, dont je m'honore d'être le vieil ami, mais cette fois son traitement ne m'inspire aucune confiance ; Grasset l'aura conseillé en se disant, tout bas comme on se dit dans les cas incurables : il faut bien faire quelque chose. Combien Max Simon me paraît plus dans le vrai quand il écrit : « Le point essentiel dans la réforme de la médecine, c'est la réforme du médecin »

Si vous assistez un jour à un banquet de «chers confrères », vous serez tout étonné, après ce que je viens de vous dire, de ne voir dans la salle ni l'Orgueil, ni l'Amour-propre, ni l'Intérêt ; ne vous en réjouissez qu'à demi, ils ne sont pas partis, ils sont là dans la rue, peut-être au vestiaire, guettant la sortie des convives pour les suivre et ne plus les quitter jusqu'au prochain banquet. Ce n'est guère, en effet, qu'entre la poire et le fromage que les médecins se témoignent une estime, le plus souvent sincère ; partout ailleurs, la plupart se déchirent à belles dents.

Je le répète, c'est une maladie incurable et de plus, très contagieuse ; l'immunité, naturelle ou acquise, est une rare exception sur laquelle vous ferez bien de ne pas trop compter. Avant de vous engager sans retour, il faut que vous sachiez à quel danger vous vous exposez, et que vous soyez prévenu que, quels que soient vos mérites, vous n'aurez jamais qu'un moyen pour qu'on les reconnaisse, ce sera de mourir. N'était le mot génie qui ne serait pas à sa place ici, je croirais volontiers que c'est à l'*invidia medicorum* que pensait d'Alembert quand il écrivait : « On pourrait, ce me semble, représenter l'envie égorgeant d'une main un génie vivant, et de l'autre offrant de l'encens à un génie qui n'est plus. » Tout aux morts, rien aux vivants, telle paraît être la devise de la plupart des médecins quand il s'agit de leurs confrères.

Et dire qu'il y a là des hommes admirables, de vrais saints laïques par leur vie de labeur, de dévouement, d'abnégation, de sacrifices !

On dirait qu'un démon, furieux de tout le bien que nous faisons aux hommes, pour se venger souffle la haine parmi nous.

Orgueil, Amour-propre, Intérêt, que de ravages vous faites dans nos rangs !

N'importe, mon jeune ami, malgré toutes ses laideurs, notre profession reste belle entre toutes venez à nous, soyez bon, pardonnez, espérez ! « Ne savez-vous pas qu'il ne faut, parfois, qu'un peu de levain pour faire lever toute la pâte ? »

Agréez, etc., etc.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le brusque renvoi du médecin attaché à une personne

Au mois de juin 1902, la baronne James Hirsch de Gereuth avait attaché à sa personne le docteur Frédéric Newmann. L'engagement avait été signé pour une durée d'un an, et les conditions étaient : 750 francs par mois, non compris le logement, la nourriture, et autres menus frais.

Après sept mois d'exercice, la baronne congédia inopinément, à Paris, où elle était de passage, le docteur Newmann qui, quelques jours plus tard, l'assigna devant le tribunal en 5,130 francs de dommages-intérêts, pour inexécution de contrat et brusque congédiement.

La troisième chambre vient de réduire ta demande du docteur au chiffre de 1,746 francs :

« Attendu, dit notamment le jugement, que la baronne de Hirsch était en droit, aux termes de la loi, de congédier le docteur Newmann sans observer aucunes conditions de la loi, mais que le brusque congédiement qu'elle lui a signifié est de nature à préjudicier à la carrière du docteur, en portant atteinte à sa réputation médicale. » (*Tribunal civil de la Seine*, *25 avril 1904*, *3e chambre*).

Dans une maladie chronique, chaque visite entraine une créance d'honoraires distincte avec sa date particulière comme point de départ du délai de prescription. (*Tribunal civil de la Seine*, *7e ch. 12 mai 1904*.)

Une question de prescription à propos d'honoraires de médecins a été tranchée par la septième chambre du tribunal civil, présidée par M. Ucciani.

M. le docteur D..., qui de 1892 à 1901 a donné des soins à M. A. et à sa famille, réclamait le paiement de ses honoraires pour cette longue période.

M. A... répondait que la prescription de deux ans lui était acquise et qu'il ne devait que les honoraires pour les soins donnés depuis deux ans.

M. le docteur D... assignait alors M. A... devant le tribunal civil, alléguant que la prescription courait non pas de chaque visite, mais du jour où les soins avaient cessé, que jusque-là une entente tacite existait entre le médecin et le malade pour n'adresser aucune réclamation, et que moins de deux ans s'étaient écoulés entre la dernière visite et l'assignation.

Le tribunal n'a pas été de cet avis, car, après plaidoiries de Mes Adolphe Lacau et Fomoli, il a déclaré que, s'agissant de maladies chroniques, la prescription partait de chaque visite, et qu'il y avait une série de créances distinctes.

Le docteur D... a donc été débouté de sa demande, sauf pour les soins donnés depuis moins de deux ans.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Le libre choix du médecin par les malades et les blessés, mutualistes ou non.

Dans le rapport qu'il déposait sur le bureau de la Chambre, le 14 mai 1901, M. Mirman s'exprimait en ces termes à la page 34, à propos de la liberté que devrait avoir le blessé de choisir son médecin : « La liberté absolue pour la victime « de choisir elle même son médecin n'a jamais « été contestée devant le parlement ; elle ne peut « l'être. »

Dans le rapport qu'il déposait sur le bureau du Sénat, le 19 novembre 1903, M. Chovet, à propos de cette même question du libre choix du médecin par le malade, s'exprimait en ces termes, à la page 24 :

« Cette liberté absolue de faire choix de son mé« decin ne peut être contestée au blessé. En effet « lequel d'entre nous ne se révolterait pas contre « cette prohibition qui lui serait imposée de se faire « soigner par le médecin de son choix. »

Or, comment admettre que toutes ces raisons qui veulent que le blessé puisse choisir son médecin, ne soient pas également capables de militer aussi puissamment en faveur du malade. Il faut considérer comme un reste d'esclavage indigne de l'homme d'aujourd'hui cette obligation routinière et non légale de subir comme médecin et comme confident de ses plus intimes faiblesses un docteur qui est imposé et dans lequel on peut ne pas avoir toute confiance. Il est en même temps peu conforme à la dignité d'un médecin de soigner un malade qui ne reçoit que contraint et forcé les soins de ce médecin.

Comment se fait-il que les sociétés de secours mutuels n'aient pas compris que les médecins et les pharmaciens qui n'ont pas voulu accepter les tarifs de ces sociétés, sont obligés de faire tous leurs efforts pour empêcher leurs clients de s'affilier à ces sociétés, puisque ce client, qui s'affilie à une société dont il n'est pas le médecin ou le pharmacien, est un client perdu pour lui. Que si au contraire les mutualistes avaient sans conteste le libre choix de leur médecin et le droit de le payer d'après un tarif débattu entre le malade et le médecin et garanti ensuite par la société, médecins et pharmaciens seraient les plus ardents et les plus puissants propagandistes des idées mutualistes, puisque ce serait pour eux le moyen le plus sûr de transformer en un client très solvable un client parfois douteux.

L'objection que l'on a toujours faite au libre choix du médecin et au paiement à la visite (objection de caisse et non de droit) était la crainte de voir augmenter les frais médicaux et pharmaceutiques. Or un système qui me paraît assez simple permettrait d'éviter tous ces ennuis. La société, au lieu de payer directement le médecin et le pharmacien et de donner une indemnité de secours au malade, accorderait une indemnité pécuniaire globale pour tous les frais de maladie et de secours, et les mutualistes pourraient, sans inquiéter le Trésorier, prendre le médecin de leur choix. Mais avant de verser chaque semaine le montant de cette indemnité, la société retiendrait la somme nécessaire pour payer les frais de médicaments et des visites qui seraient inscrits sur une feuille spéciale par le médecin et le pharmacien, puis au moment de payer le médecin et le pharmacien, la société qui aurait ainsi fait le rôle de recouvreur ou d'assureur vis-à-vis du médecin et du pharmacien prélèverait 5 ou 10 °/₀ sur la somme qu'elle remettrait au médecin et au pharmacien.

Prenons, si vous voulez, un exemple : voici un sociétaire à qui la Société donne 3 fr. par jour comme indemnité globale de maladie. Après 10 jours de maladie, le sociétaire se présente, lui ou sa famille à la caisse, pour toucher ses 30 fr. Le caissier répond : montrez-moi le nombre de visites dues au médecin et le montant des médicaments. Il y a je suppose 3 visites à 3 fr., soit 9 fr. de frais médicaux et 10 fr. de médicaments, en tout : 19 fr. On remet donc au sociétaire : 30—19=11 fr.

On voit tout de suite par là que le malade a intérêt à faire des économies de médecine, et à choisir dans la ville le médecin le plus discret en visites et frais de pharmacie, puisque moins il y aura de frais pharmaceutiques et médicaux, plus le sociétaire touchera d'argent liquide.

Les mutualistes clairvoyants comprennent que là est le seul moyen d'arrêter le progrès croissant des frais médicaux et pharmaceutiques, et le seul moyen aussi de faire cesser l'animosité des médecins et des pharmaciens contre les mutualistes. C'est ainsi en effet que M. Lépine s'exprime aux pages 178 et suivantes dans son ouvrage « *La Mutualité* » et à la page 181, il dit : « Veut-on sup« primer toute cause de dissentiment et concilier « tous les intérêts en conflit, il n'y a qu'un moyen « aussi simple qu'efficace, c'est de supprimer le « service médical et pharmaceutique dans les « sociétés mutuelles ». On donnerait une indemnité et le malade choisirait et paierait lui-même son médecin et son pharmacien. Ce sont aussi les idées des Mutualistes de la Rochelle. (*Répertoire de médecine*, p. 7, 7 février 1904.)

Il y a bien là un gros danger pour le corps médico-pharmaceutique, c'est qu'alors le sociétaire dépenserait son indemnité et ne paierait plus son médecin. C'est pour parer à cela que je disais tout à l'heure que la Société devrait retenir sur l'indemnité de quoi payer médecin et pharmacien. Et pour que les sociétés ne nous répondent pas qu'elles n'ont pas à s'occuper de nos intérêts, je propose que médecin et pharmacien laissent à la caisse de la société 5 ou 10 0/0 des honoraires pour frais de recouvrement. C'est ce que nous payons du reste à nos recouvreurs. Les sociétés trouveraient là une source de bénéfices ou d'économie.

Mais il est une autre question à envisager. Alors que M. Lépine et M. Waldeck-Rousseau disent que tous les sociétaires doivent toucher une indemnité uniforme, puisqu'ils payent une cotisation uniforme, je prétends que l'indemnité doit être proportionnée à la gravité de la maladie. En effet, une fièvre typhoïde coûte plus cher de médecin et de médicament qu'une simple bronchite. Voici par exemple, deux personnes qui ont assuré pour 50.000 fr. de mobilier, elles payent chacune la même pension, admettons 50 fr. Toutes les deux sont victimes d'une incendie, l'une perd les 3/4 de son mobilier, l'autre n'en perd que le 1/4. La Cie ne paiera pas la même somme à ces deux sinistrés, parce qu'elles payent la même prime, elle paiera proportionnellement aux dégâts, et non pas à la prime. La

maladie peut être comparée à un incendie; et le sociétaire doit être indemnisé proportionnellement à l'argent dont il a besoin pour se soigner.

Rien ne serait plus facile que de classer les cas en trois catégories.

1° *Maladies suraiguës*, nécessitant chaque jour une visite médicale, qui seraient indemnisées à raison de 5 fr. par jour de maladie.

2° *Maladies aiguës*, nécessitant une visite tous les 2 jours et indemnisées à 3 fr.

3° Maladies subaiguës, nécessitant 2 visites par semaine et indemnisées à raison de 1 fr. 50 par jour.

(Au besoin un service de contrôle médical pourrait être organisé par les sociétés, et si un médecin classait trop facilement la maladie dans une catégorie impropre, il pourrait être pendant un certain temps interdit aux sociétaires).

Telles sont, à mon avis, les grandes lignes d'un projet qui demande à être étudié.

Dr Ch. Diverneresse.
(De Saint-Mandé).
Syndic du « Sou médical ».

REPORTAGE MÉDICAL

Election au Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Le 26 mai prochain, les Facultés de médecine (professeurs, chargés de cours, agrégés) sont convoqués pour élire deux représentants au Conseil supérieur de l'instruction publique.

Depuis vingt-quatre ans, un pacte, toujours respecté, avait servi de règle à la désignation des candidats ; tous les quatre ans, d'un commun accord, on élisait un professeur de Paris et un professeur pris dans les Facultés de province, suivant un roulement déterminé. Cette année, le pacte est rompu, des candidatures sont nées spontanément dans des Facultés dont ce n'était point le tour d'envoyer un des leurs au Conseil supérieur. M. Debierre, à Lille se présente comme anti-clérical ; M. Mayet de Lyon, qui mieux que personne en France a étudié les réformes les plus indispensables à apporter à l'enseignement médical, désire faire appliquer au plus tôt son important programme ; enfin M. Abelous, de Toulouse, se porte comme le champion des agrégés qui désirent avec tant de raison la modification de leur statut.

Après une longue discussion, l'assemblée de la Faculté de Bordeaux a décidé d'accueillir avec sympathie les candidatures de MM. Debove (Paris) et Abelous (Toulouse), et émis le vœu que, dans le courant de l'année actuelle, des délégués de toutes les Facultés de médecine se réunissent à Paris pour étudier les bases d'un nouvel accord.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Si les Ecoles de médecine étaient faites pour les élèves, ceux-ci ne manqueraient pas de dire que toutes ces préoccupations, qui rappellent celles du scrutin d'arrondissement, les laissent bien indifférents, et ils souhaiteraient tout bonnement l'élection de MM. Mayet et Abelous qui veulent l'organisation d'un enseignement vraiment fait pour les praticiens.

— *Le sérum antidiphtérique gouvernemental.* — Sous ce titre, M. le Dr Fiessinger fait paraître dans la *Revue Générale de clinique et de thérapeutique* la protestation suivante à laquelle tous les médecins s'associeront.

« La chose était tellement incroyable que nous sommes allés aux sources : un préfet refusant du sérum antidiphtérique à un médecin par la raison que les idées politiques du médecin, ne lui convenaient pas, cela ne s'était pas encore vu. Saluons l'aurore des temps nouveaux : cela se voit aujourd'hui. Et dire qu'il est des esprits chagrins qui s'obstinent à nier le progrès !

Dans la commune de Savigné (Sarthe), était allé s'installer un de nos jeunes confrères, M. Poussin, ancien interne des hôpitaux, et qui avait passé tous ses examens. Il ne lui restait à accomplir que la formalité de sa thèse. Se trouvant seul comme médecin dans la localité, on alla le quérir pour un enfant atteint de croup. M. Poussin fit demander du sérum à la Préfecture. On le lui refusa. Cette affaire fit un gros scandale. Le Conseil général de la Sarthe s'en émut et un vote de blâme fut adressé au Préfet par 14 voix contre 4. (*La Sarthe*, 13 avril et 14 avril 1904.)

Le préfet prétend se retrancher derrière la Loi. Notre jeune confrère n'avait pas passé sa thèse. Au yeux du Préfet de la Sarthe, il n'est pas possible d'accorder indistinctement l'autorisation de pratiquer la médecine à un jeune confrère qui s'installe avant sa soutenance de thèse. Cette autorisation constitue une faveur, il convient de la réserver aux frères et amis. Dussent tous les enfants d'une commune succomber à la diphtérie, M. le Préfet ne se rétractera pas. Un indigent a besoin de sérum antidiphtérique, M. le Préfet le refuse. La servilité gouvernementale ou la mort. Il faut choisir. M. Poussin a heureusement pu se procurer du sérum auprès d'un confrère ; grâce à cette obligeance confraternelle, il a pu sauver le petit être. Ajouterons-nous que le Préfet était dans son tort à tous égards, même au point de vue légal ? Sa mesure ne se justifie pas. La loi de 1892 stipule que les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et munis de douze inscriptions, que les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une *épidémie* ou à titre de remplacement de docteurs en médecine.» Le croup est une maladie épidémique ; il paraîtrait, d'après le Préfet, qu'il faudait distinguer deux sortes de maladies épidémiques : celles qui sont traitées par les médecins gouvernementaux et celles qui sont traitées par les autres.

Le médecin n'est-il pas connu pour sa sympathie aux maîtres du jour, la maladie qu'il soigne change de nature. Elle n'est plus épidémique et le sérum est refusé. (*Journal de médecine et de chirurgie.*)

Facultés et Hôpitaux

M. Lepage, agrégé, fera sa 1re démonstration d'obstétrique au grand amphithéâtre de l'Ecole Pratique le samedi 21 mai 1904, à 6 heures. Les exerices pratiques commenceront le lundi 16 mai, à 5 heures, au pavillon n° V, et se continueront les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Ils dureront six semaines. Le montant des droits à verser est de 15 francs.

On s'inscrit au guichet n° 3, au Secrétariat de la Faculté. Les conférences sont publiques.

Le concours pour les deux places de chirurgien des hôpitaux vient de se terminer par la désignation de MM. Lenormant et Herbet.

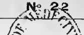
NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Martin, de Saint-Denis-de-Piles (Gironde) ; Wackentaler, d'Arpajon (Cantal) ; Anfrun, de Saint-Pierre-d'Oléron (Charente-Inférieure) ; Joyeux, de Mirecourt (Vosges) ; Verniolle, de Pamiers (Ariège) et Philippon, de Lodève (Hérault), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : D H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 22 28 MAI 1904



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÈZILLY

SOMMAIRE

LA RÉFORME DES ETUDES MÉDICALES

Une élection sur un programme: la Pérennité de l'agrégation.

Paris, 22 mai 1904.

Mon cher Jeanne,

Toujours intéressé par ce qui concerne l'enseignement de la médecine, vous vous occupez, dans le *Concours* du 22 mai dernier, de notre future élection universitaire, pour les deux délégués des Facultés de médecine au Conseil supérieur de l'instruction publique. Et vous avez parfaitement raison de penser que ces questions, malgré leur apparence première, sont fort importantes pour les « praticiens », c'est-à-dire à peu près pour tous les médecins. Mais vous avez, pour informer vos lecteurs, pris un « filet » dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, filet tendancieux dont vous avez tiré une conclusion que je crois erronée. Voulez-vous me permettre de vous le prouver, en vous montrant que le parti réformiste a fait adopter la meilleure solution pour engager dorénavant les Facultés dans la bonne voie : qui consiste à les outiller de telle manière qu'elles consentent de nouveau à enseigner la médecine pratique aux futurs médecins praticiens.

Dans un article qu'il y a longtemps déjà vous avez bien voulu accueillir, j'ai cherché à démontrer que deux *lourdes* fautes avaient été commises dans l'organisation du nouveau régime d'études : l'attribution du P. C. N. aux Facultés des sciences, la suppression des examens de fin d'années. Celle-ci paraît avoir été la mesure commode, prise par des hommes à vue courte, pour rétablir l'équilibre entre le nombre des examinateurs et le flot, toujours croissant, des étudiants. Cela n'a pas suffi, il a fallu augmenter le nombre des candidats dans chaque série ; et finalement les examens sont arrivés au degré de déchéance où ils sont aujourd'hui.

Il est indispensable de revenir, à peu près, à l'ancien régime, mais pour cela il faut du personnel enseignant et examinant : et voilà pourquoi, comme je vous l'ai dit il y a 2 ans, la « pérennité » de l'agrégation *doit* être le point de départ de toute réforme ; et nous entendons la pérennité pour les agrégés de pathologie aussi bien que pour les chimistes.

Or, bien certainement, depuis 15 à 20 ans, les hommes, pères du nouveau régime, qui mènent la médecine française, se sont toujours refusés à immoler leur enfant et ils ont répondu à toutes les tentatives : « Pour organiser enseignement et examens, il me faudrait du monde ; pour avoir du monde, le gouvernement me refusera l'argent nécessaire. » Et, pour être plus sûr de la 2e proposition, on ne lui a jamis demandé ce qu'il en penserait.

Il était donc urgent de renouveler, dans la limite où cela dépend de nos bulletins de vote, notre personnel directeur, et à cela nous avons travaillé, à Paris comme en province, depuis plusieurs années. D'où l'élection générale où, il y a 4 ans, nous avons nommé au Conseil supérieur, pour la province, M. Abelous contre M. Caubet, doyen de la Faculté de Toulouse. D'où l'élection parisienne, où nous avons abandonné M. Lannelongue pour le remplacer par M. Pinard au Conseil de l'Université. Cette élection, montrant avec

netteté où était la majorité, a eu pour résultat que, peu de mois plus tard, M. Brouardel ne sollicitait pas le renouvellement de son décanat, pas plus que, dans quatre jours, il ne pose sa candidature au Conseil supérieur. Comme doyen, nous avons M. Debove, qui marche à notre tête du mieux qu'il peut, sur une route qu'on lui parsème agréablement d'embûches, et c'est lui qui va être certainement élu jeudi prochain, car M. Mayet vient de se retirer devant lui et l'anticléricalisme de M. Debierre ne paraît pas constituer un programme médical suffisamment précis.

La candidature Mayet est née dans des conditions fort bien exposées par M. Mayet lui-même dans la lettre, rendue publique, où il la retire. A Lyon (et mes renseignements personnels me permettent d'ajouter : partout en province), on a trouvé absurde, comme vous l'avez fait vous-même, d'attribuer de parti pris, sur nos deux représentants, un siège indiscuté à la Faculté de Paris, dont depuis 15 ans on élit le doyen, sans lui demander un programme, sans lui demander, à la réélection, compte de son mandat. Il faut prendre une plate-forme électorale et nommer les délégués qui l'acceptent, sans s'inquiéter de leur situation géographique.

Cette fois, la grande majorité du corps électoral a pensé qu'il était indispensable de sérier les questions, de simplifier la « plate-forme », de mettre au seul programme la pérennité de l'agrégation : tâchons d'obtenir d'abord le corps enseignant ; nous sommes sûrs de savoir où l'employer. Le parti adverse n'ose pas dire en face que nous avons tort, mais il tente des diversions à tous les croisements de route et démontre que, malgré son importance, la question de l'agrégation ne mérite pas seule notre sollicitude : diviser pour mieux anarchiser.

Cela étant, il était décidé que, si aucun professeur titulaire parisien ne se déclarait avec netteté partisan de l'agrégation-carrière, on nommerait un second provincial à sa place. L'intérêt *général* est grand, comme je vais le dire, d'avoir toujours un délégué parisien : à condition toutefois qu'il ne passe pas son temps à nous poignarder dans le dos, une fois élu. A la question ainsi posée par tous les groupements provinciaux, nous avons répondu qu'on pouvait compter sur M. Debove; et celui-ci a fait, devant l'assemblée électorale préliminaire des Parisiens, des déclarations qui ont confirmé cette opinion. Son programme, exposé par lui, a plu à la majorité : et M. Mayet, dont, comme vous le dites justement, la compétence en fait de réformes universitaires est grande, se retire devant lui.

Devait-on, en effet, opposer Province à Paris et non programme à programme ? C'eût été une grave erreur, car c'était ne pas tenir compte de la « section permanente ».

Le Conseil supérieur travaille pendant deux sessions sans doute fort importantes, mais qui n'ont rien à voir avec les besognes courantes, de beaucoup les plus intéressantes. Par exemple, qui présente aux places des écoles secondaires ? Qui ratifie les choix des Conseils de Faculté ? Qui donne son avis sur les permutations ? La section permanente du Conseil. Cette section se compose, pour chaque groupe de Facultés, d'un des représentants élus et d'un membre nommé pour faire fonction d'inspecteur général. Mais qu'on ne s'y trompe pas, il n'y a pas d'inspecteur général vrai, il y a des délégués en mission temporaire pour remplir ces fonctions, et le texte du décret réorganisant le cadre, permet au ministre de mettre fin quand il veut à la mission, de la confier, en outre, à n'importe quel membre du comité consultatif de l'enseignement supérieur. Si le représentant élu ne peut pas siéger, et cela exige parfois sa présence à Paris deux et même trois fois par semaine, nous sommes plus encore que maintenant dans la main du ministère : si l'on ne trouve pas — ce qui m'étonnerait — un médecin docile, on n'aura qu'à prendre un bureaucrate quelconque pour la « mission » d'inspection. Je dirai même que cette solution, en principe, en vaudrait bien une autre, car un collègue peut plus difficilement couper

FEUILLETON

L'automobile du médecin.

La voiture type, construite sur les indications que j'ai données ici-même, a été présentée le 6 avril. Les premières voitures commandées au constructeur et semblables à celle-là sont prêtes et vont quitter l'usine. Le moment me semble venu de répondre en bloc aux quelques critiques, d'ailleurs courtoises et en petit nombre, formulées par mes correspondants.

— L'un d'entre eux trouve que le moteur est bruyant. Ce moteur est un Dion 94 Hp. Il ne fait ni plus ni moins de bruit que les moteurs de cette marque. Un moteur à pétrole qui tourne débrayé est toujours bruyant. En route, il n'en va plus de même. Dans le bruit spécial que fait l'auto en marche, l'ensemble de la transmission, surtout les engrenages s'ils sont usés, les freins s'ils sont mal réglés, le cardan s'il a du jeu, les chaînes si elles sont allongées, entrent pour une part bien plus grande que le moteur lui-même

— Je crois — c'est peut-être une illusion — qu'une voiture attelée fait plus de bruit qu'un auto, fût-ce un monocylindre. Et l'auteur de cette observation, s'il devient jamais un adepte de la traction mécanique, sera vite indifférent au bruit de sa machine.

Un autre reproche à la voiture d'être trop longue. Toute voiture qui doit donner une certaine vitesse a forcément un long empattement. Dans la voiture Buat, comme d'ailleurs dans toutes les voitures bien construites, l'amincissement du châssis et le braquage spécial des roues avant permettent de tourner dans un rayon très court. Il ne faut pas oublier qu'ici nous devons pouvoir adjoindre à l'occasion un tonneau démontable. Par comparaison encore avec la voiture attelée, un 4-cylindres est moins long qu'un cabriolet et passera aisément en vitesse modérée là où ce cabriolet ne passerait qu'avec peine et au pas.

— Un confrère se demande pourquoi la voiture n'est pas allumée par magnéto. Il est préférable de conserver au moteur son allumage d'origine.

L'emploi de la magnéto est évidemment possible mais, vraiment sur une monocylindre, je ne vois pas bien l'utilité d'employer un appareil coûteux qui se désaimante ou se dérègle encore assez facilement, et qui, dans l'espèce, ne simplifierait rien.

La disposition de la voiture elle-même a donné lieu à de nombreuses remarques. Mais elles visent plutôt l'automobilisme en général que le cas particulier qui nous occupe. Un confrère qui signe « Tant mieux », répondant à un article signé de moi et paru dans la *Vie automobile*, lui a consacré plusieurs pages d'une critique judicieuse et aimable. Ce confrère, — comme moi-même d'ailleurs : je n'ai jamais fait autre chose, — déplore l'éclairage si fâcheux de la plupart des voitures livrées, éclairage que l'acheteur inex-

court aux abus, régulariser les cours et les examens; il est d'autant plus disposé à passer le séné qu'à lui-même il faut passer la casse, et qu'au fond il s'inspecte lui-même, ce qui parfois doit l'empêcher de se regarder sans rire.

Donc, dans l'intérêt de toutes les Facultés, de toutes les écoles secondaires, il faut qu'un représentant *élu*, c'est-à-dire soumis à la réélection, puisse siéger à la section permanente : la crainte de l'électeur est le commencement de la sagesse. Mais il faut aussi, et en cela nos collègues de province avaient raison, que l'élection se fasse *sur un programme* : et c'est ce qui a lieu cette année pour la première fois.

Et cela est si vrai que, pour la place de province, la grande majorité des électeurs a cru bon de ne pas tenir compte du roulement établi jusqu'à présent, en vertu d'un « pacte » où sans doute quelques « grosses légumes » eurent seules voix au chapitre. Que nous importe un roulement entre Facultés ? Le représentant de la province est-il nommé pour faire les affaires de son petit cénacle provincial ? Pas du tout. Il doit être nommé, par tous les électeurs de France, pour s'occuper d'un *programme*. Il y a quatre ans, nous avons nommé M. Abelous sur un programme limité : l'agrégation-carrière. A la fin de son mandat, il a réussi à faire nommer une commission pour étudier la question, mais depuis plusieurs mois déjà la *commission n'a pas été convoquée par le ministère*, ce qui est indispensable pour qu'elle commence à travailler, et nous savons de source certaine (je l'ai appris par une indiscrétion) que le but des opposants est de ne pas la réunir. Alors, nous avons pensé que la meilleure manière de manifester notre opinion était de renvoyer le même M. Abelous au même poste. Et lorsque nos confrères liront cet article, il est de toute certitude que du scrutin seront sortis, jeudi prochain 26 mai, deux noms significatifs : Debove et Abelous. Leur signification est : « assez d'eau bénite de cour, à l'œuvre pour reconstruire un édifice qui depuis pas mal d'années s'effrite pierre à pierre. » Et la connaissance exacte des faits que je viens d'exposer m'a paru utile aux praticiens lisant le *Concours*. Il est bon de leur dire, malgré le filet qui a été reproduit par vous — et j'en suis aise, car cela a permis la rectification — que même à Paris, la majorité des membres du corps enseignant déplore l'état actuel de l'enseignement.

Excusez-moi d'avoir été un peu envahissant dans vos colonnes, et veuillez croire à mes sentiments bien dévoués,

A. Broca.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'influence des états naissants de certaines substances sur leur action médicamenteuse.

A l'une des dernières séances de l'Académie, M. le Dr Robin a communiqué les résultats de ses expériences sur les médicaments de la série aromatique, employés à l'état naissant. Il a remarqué qu'en utilisant les médicaments à cet état, on pouvait obtenir souvent le maximum de l'efficacité.

« Prenons quelques exemples : on sait que l'eau oxygénée au contact des tissus dégage son oxygène et jouit d'une propriété antiseptique indéniable ; si l'on mélange, par exemple, cette eau avec du borate de soude, ce borate de soude contenant une molécule d'oxygène aura un pouvoir antiseptique beaucoup plus considérable. De même pour le sulfate de soude : s'il contient cette molécule d'oxygène, à ses propriétés purgatives se superposent des propriétés antiseptiques indéniables. Avec des doses moindres, on obtient non seulement le même effet purgatif, mais aussi une action antiseptique sur l'intestin.

« M. Robin a particulièrement étudié à ce point de vue les peroxydes de sodium, de calcium, de magnésium, de zinc. Ces corps constituent les

---

périmenté doit ensuite, à grands frais, modifier et compléter.

Le mode d'éclairage qui fonctionne sur la voiture Buat donnera satisfaction à tout le monde. Il est en effet, puissant et sûr. A ceux qui le trouveraient encore insuffisant ou qui voudraient adapter à des véhicules déjà existants le mode d'éclairage le plus intense que l'on puisse avoir actuellement, j'indique comme parfaits les appareils Alpha, 67, boulevard de Charonne. Un phare Alpha étend devant vous sur la route une véritable traînée de soleil. Cette puissance est due à l'emploi judicieux d'une lentille plan-convexe placée au foyer d'un réflecteur énergique. — On peut lire à 15 ou 20 mètres de la voiture à la condition, bien entendu, de se placer dans la gerbe lumineuse. Les deux éclaireurs latéraux, avec générateur séparé, donnent également une éclatante lumière. Moins lourdes que le phare auto-générateur, qui peut cependant s'adapter à une voiturette, — moins chères aussi, reliées à un générateur de dimensions très modestes, elles me paraissent réaliser à peu près l'idéal de l'éclairage portatif, économique et puissant. Le même docteur Tant-Mieux, qui n'a pas vu la voiture Buat, présume que le réchauffeur servira surtout au voisin du conducteur. Il y a là une erreur qui ne se réfute pas, mais se démontre. Il suffit de regarder et de voir pour se convaincre du contraire.

—Dans une autre lettre, quelqu'un me dit : « Cette voiture est parfaite. Je l'achèterais immédiatement si je connaissais son mécanisme ». Cette réflexion fera sourire ceux qui sont tant soit peu documentés. Et pourtant je comprends très bien ce que veut dire ce confrère, car, il y a cinq ou six ans, je me suis trouvé en face de la même incertitude. La grande usine à laquelle je m'adressai alors me répondit par l'organe quelconque d'un contre-maître « Vous apprendrez en roulant »(Fit fabricando faber). Je sais, mais j'aurais mieux aimé une explication technique courte et simple. Je me propose d'ailleurs de la faire prochainement, en ce qui concerne la voiture Buat, si le *Concours* veut bien encore me prêter ses colonnes(1).

En attendant, le mécanisme de cette voiture est le même que celui de la plupart des voitures légères. Le décrire serait reprendre par le commencement toute la théorie de la voiture à pétrole. Comment est construit son moteur, comment il fonctionne. — Comment fonctionne l'embrayage par cônes. Qu'est-ce au juste que le changement de vitesses ;— le différentiel;—quel est le mode de montage des roues arrière. La mise au point de tout ceci constitue un travail facile que beaucoup feraient mieux que moi. Avant de l'entreprendre, je voudrais être assuré qu'il sera utile et je ne le ferai que si quelques-uns le demandent.

J'ai lu dans un journal spécial, *la Revue automobile*

(1) N. D. L. R. — Les petites conférences de notre très compétent et très dévoué confrère trouveront place ici autant qu'il le désirera.

meilleurs antiseptiques que nous connaissions, en perdant une molécule de leur oxygène au contact des tissus. On peut trouver la preuve de cette action dans l'examen des urines ; on y constate, en effet, la diminution des témoins ordinaires de l'infection. Il y a là une action véritablement spécifique, et l'on peut même se servir de ces substances comme moyens de diagnostic. Elles peuvent permettre, par exemple, de distinguer une diarrhée de fermentation d'une diarrhée tuberculeuse ou autre.

« On trouve donc là un élément précieux non seulement de traitement, mais aussi de diagnostic.

« M. Robin a reconnu que le peroxyde de zinc présentait une action antiseptique des plus remarquables comme moyen de pansement des plaies les plus infectées. Dans une des dernières séances à la Société de chirurgie, M. Chaput nous a présenté ce peroxyde de zinc comme un pansement antiseptique.

« M. Robin a aussi tiré des effets des plus curieux de l'emploi du soufre iodé, sur lequel M. Prunier a déjà appelé l'attention de l'Académie. »

Intoxication mortelle par le naphtol camphré.

M. le D[r] Guinard a rapporté à l'une des dernières séances de la Société de Chirurgie un cas quelque peu troublant d'intoxication mortelle par le naphtol camphré.

Un jeune homme de vingt-huit ans lui est amené à l'hôpital Saint-Louis pour une tuberculose ganglionnaire sus-claviculaire droite. Comme depuis longues années il le fait toujours en pareil cas, M. Guinard ponctionne et fait une injection de 25 centimètres cubes de naphtol camphré. Aussitôt ce jeune homme est pris d'une attaque épileptiforme. M. Guinard incise alors la partie, la lave de son mieux et en retire le plus possible de naphtol camphré. Le malade eut neuf attaques successives et succomba avec des signes d'asphyxie. Très justement ému de ce fait, M. Guinard, avec l'aide de son interne, a fait des recherches, et ils ont réuni déjà cinq cas de mort rapide à la suite d'injection de naphtol camphré, ce qui, avec ce nouveau cas, porte à six le nombre des décès. Puis ils ont pu rassembler quatorze observations d'accidents graves observées à la suite de ces injections. On a même vu des accidents après l'application externe du naphtol camphré sur les téguments de galeux. Ces faits, si l'on y ajoute surtout les nombreux faits qui n'ont pas été publiés, sont bien de nature à faire rejeter définitivement ces injections de naphtol camphré. Après s'en être servi très longtemps sans jamais observer le moindre accident, M. Guinard est bien décidé à ne plus jamais s'en servir. Les accidents observés furent toujours les mêmes : convulsions, attaques épileptiformes, arrêt de la respiration, le cœur battait encore. Ces accidents peuvent se produire immédiatement après l'injection ou quelque temps après, deux ou trois heures, dix-huit heures après dans un cas. La mort survient en quelques minutes, ou, plus tardivement, en quelques heures.

M. Guinard s'est demandé s'il fallait accuser la qualité du napthol camphré ? Non, car la solution a servi pour d'autres malades qui n'ont pas eu d'accidents. On ne peut davantage incriminer la dose injectée qui a toujours été la même. Faut-il accuser le camphre ou le nepthol ? L'âge du sujet importe-il ? Autant de questions sans réponses. La pathogénie de ces accidents nous échappe donc complètement. Mais suivons le conseil que nous donne M. Guinard de ne plus nous servir de naphtol camphré.

Extraction d'une sonde brisée dans l'urèthre.

M. le D[r] Genouville, de Paris, a relaté à l'une des dernières séances de la Société du VII[e] arrondissement, l'histoire d'une extraction fort inté-

---

du docteur, qui paraît depuis deux mois, sous la signature d'un de nos confrères très versé dans la question, une série d'appréciations qui ne concordent pas avec ma manière de voir. Je crois que maintenant encore beaucoup de gens qui se serviraient volontiers d'autos sont incapables de choisir celui qui convient à leurs besoins. Je n'en veux pour preuve que les lettres toujours nombreuses que je reçois, et dans lesquelles on me demande mon avis sur les occasions les plus invraisemblables. Soit par nécessité budgétaire, soit pour toute autre raison, le médecin achète volontiers des machines qu'il croit bonnes pourvu qu'elles lui soient offertes à bas prix ; de sorte que, par une amère ironie, les trois quarts des « tacots » existants sont logés dans nos remises. J'en sais quelque chose ; j'en ai un, dont je tire avec peine un mauvais parti. Toutes ces machines prétendues d'occasion sont inutilisables si elles ne subissent pas un aménagement difficile qui double immédiatement leur prix. Je crois le confortable possible et indispensable : assurément, il ne servirait pas à grand'chose de monter une carrosserie élégante et bien comprise sur un mauvais châssis. L'ensemble ne quitterait pas la remise. Du moment que l'on peut, à prix égal ou inférieur, obtenir sur un bon châssis une carrosserie bien aménagée, pourquoi ne pas l'accepter, tout au moins en principe ? Il ne suffit pas d'affirmer que tel modèle est bon, tel autre mauvais. Ou alors rien ne vaudrait, une fois sorti de quelques grandes marques dont beaucoup vivent encore sur leur réputation. Hors d'une certaine liste, dont l'établissement d'ailleurs ne se ferait pas sans peine, il n'y aurait de salut pour aucun constructeur, de sécurité pour aucun acheteur. Cette exagération est évidente. D'autant plus que ce même confrère dit un peu plus loin, ou à peu près : « Prenez un bon châssis — surmontez-le d'une bonne carrosserie, — vous aurez une bonne voiture de médecin, sans complications inutiles.

Or, c'est exactement ce que nous avons essayé de faire au « Concours médical ». Mais je m'élève en terminant contre cette opinion que les aménagements de la voiture Buat sont des complications inutiles. Elles le sont si peu que le premier soin de l'acheteur qui prend une voiture neuve est de l'éclairer, de la couvrir, de la chauffer, de la perfectionner, en un mot, à sa guise et au mieux.

Ici, ces installations, étudiées à l'avance, établies en séries, sont mieux à leur place et moins onéreuses. Elles permettent au médecin de conserver dans l'auto professionnel le même costume, partant la même aisance qu'il avait dans son boggy ou dans son duc. Elles lui évitent ou l'allure d'un touriste, ou l'équipement hardi du chauffard. Elles lui permettent enfin, homme simple, tranquille et doux, de conserver un petit air moderne sans se transformer en cet être impatient et nerveux qui crispe des doigts inconscients sur le volant du 150 à l'heure.

D[r] Coup.

ressante d'un fragment de sonde-béquille en gomme brisée dans l'urèthre d'un malade maladroit.

Voici l'observation, en quelques lignes : « Un prostatique de 75 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph, racontant qu'en se sondant, il y a une heure, il n'a pu retirer de son canal que le pavillon de la sonde. Celle-ci s'est rompue (tant elle était vieille et usée) dans l'urèthre pénien, et le pauvre homme, après avoir essayé, dit-il, de l'atteindre avec des ciseaux (?) vient nous demander assistance. En l'examinant, je sens la sonde dans le canal ; l'extrémité antérieure est à la moitié de la région pénienne où on la sent très nettement. Après une désinfection soignée du gland et du méat et un lavage très prudent de l'urèthre antérieur, je prends l'extrémité droite d'un de nos mandrins d'acier, et *sans la huiler* (pour faciliter l'adhérence) je l'introduis dans le canal ; après quelques tâtonnements je la fais pénétrer dans la lumière de la sonde, où je la fais entrer de 3 à 4 centimètres en prenant la précaution de bien maintenir la sonde immobile, à travers les téguments du pénis. Le mandrin et la sonde étant ainsi solidarisés par cette pénétration, et l'absence de graissage facilitant l'adhérence, j'imprime au mandrin un léger degré d'inclinaison latérale pour mieux le solidariser avec la sonde et j'extrais ainsi facilement les deux instruments à la satisfaction du malade qui se croyait déjà condamné à une opération. Aussitôt après, je lave le canal, je passe une sonde (solide cette fois) et je vide la vessie comme à l'ordinaire.

« Le malade retourne chez lui sans encombre : et revient nous voir le lendemain et le surlendemain, à ma demande ; je n'ai pas besoin d'ajouter que tout se passa le plus naturellement du monde.

« Vous voyez cette sonde qui lui servait depuis plusieurs mois. Elle est dans un état de vétusté tel que l'accident se comprend de reste : d'ailleurs, elle s'est rompue dans ma poche une 2e fois, quand je l'ai rapportée de l'hôpital, assez bien enveloppée pourtant.

« Je me suis permis de vous relater cette petite anecdote clinique qui montre qu'en présence d'un pareil accident, point n'est besoin de pinces spéciales, d'urétroscope, d'instrumentation compliquée : j'ai pris l'instrument que j'avais sous la main, notre mandrin d'acier ; avec un simple stylet un peu rigide, j'aurais pu en faire autant. Les seules précautions à prendre sont : 1° de ne pas huiler le mandrin métallique pour le faire mieux adhérer, 2° de bien fixer la sonde dans le canal au travers des téguments, 3° d'imprimer au mandrin un léger degré d'inclinaison latérale pour augmenter, par une sorte de coincement, son adhérence à la sonde.

« Je dois ajouter qu'avant le mandrin j'avais essayé, sans succès, d'introduire aussi dans la lumière de la sonde une fine bougie. Mais je la sentais mal dans la verge, et je n'ai pu la guider comme j'ai pu guider le mandrin.

« Si la sonde eût été brisée plus loin, dans la région périnéale, j'aurais encore essayé le mandrin de la même manière, et je crois qu'en cas de rupture d'une sonde, avant d'essayer le refoulement classique dans la vessie (suivi de l'emploi du lithotriteur), j'essayerais prudemment le mandrin, dont l'emploi est si simple. Peut-être alors serait-il bon, si la rupture siège dans la région bulbaire, d'introduire le mandrin à l'aide du tube urétroscopique, sinon pour voir, au moins pour ménager les parois du canal. Bien entendu un aide serait tout spécialement chargé du maintien de la sonde brisée, soit par le périnée soit au moyen du toucher rectal.

« Je ne dois pas oublier, cependant, que le cas dont je vous ai entretenu a été beaucoup moins compliqué et que l'extraction a été obtenue simplement et rapidement grâce au petit procédé que je vous ai décrit. »

Opération palliative d'une myopathie scapulo-humérale.

M. le professeur Raymond a rapporté à l'Académie l'histoire clinique d'un jeune homme de 29 ans atteint de myopathie scapulo-humérale, guérie ou plutôt corrigée par une ingénieuse opération chirurgicale.

Le jeune homme n'a aucun antécédent pathologique héréditaire, ni personnel, sauf un peu d'éthylisme. Voici ce que l'on a noté, à son entrée à l'hôpital, en octobre 1903 :

« On a constaté une atrophie très apparente des régions scapulo-humérale, droite et gauche ; les omoplates étaient saillantes, leur bord spinal détaché du thorax ; bref, on avait l'aspect bien connu des « scapulœ alatœ ». Les mouvements de la main droite étaient très bien conservés, ainsi que le mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras ; par contre, la flexion de l'avant-bras était difficile. Les mouvements de la ceinture scapulaire étaient presque impossibles. Le malade ne pouvait soulever le bras jusqu'à l'horizontale ; l'omoplate subissait un mouvement de bascule, s'écartait du plan thoracique et venait remplir le creux sus-claviculaire. Les mêmes phénomènes morbides, quoique moins accentués, se présentaient à gauche.

Les muscles du cou fonctionnaient normalement. L'examen des réactions électriques montra qu'il n'y avait aucune trace de réaction de dégénérescence, mais seulement une diminution simple de l'excitabilité faradique et galvanique dans les muscles atrophiés ; il en était de même pour le grand dentelé, la partie inférieure du trapèze, le grand dorsal, le grand pectoral, la partie postérieure du deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur des deux côtés, et ces muscles commencaient aussi à s'amaigrir. Par contre, les autres muscles du bras, de la main, du tronc, ainsi que ceux des membres inférieurs et de la face étaient normaux.

« Il n'existait chez cet homme aucun trouble de la sensibilité subjective et objective ; les réflexes étaient normaux. Son état général était satisfaisant.

« Telle est, brièvement résumée, l'histoire clinique du malade. Le diagnostic, en l'espèce, était facile à établir. Il s'agissait, sans contestation aucune, d'un cas d'atrophie musculaire progressive *myopathique*, forme scapulo-humérale, forme juvénile, forme désignée encore sous le nom de forme d'Erb, qui le premier en a donné une description substantielle ».

On ne connaît malheureusement pas de traitement vraiment efficace de cette fâcheuse infirmité. Or, voici ce que M. Pierre Duval a tenté chirurgicalement pour rétablir à peu près les fonctions :

Le malade a été opéré le 29 janvier 1904. L'opération a consisté en la suture de l'omoplate droite aux 5e et 6e côtes ; elle a été conduite de la façon suivante :

Incision le long du bord spinal de l'omoplate. Les 6e et 7e côtes sont dénudées et leur périoste circulairement détaché. Le bord scapulaire est lui-même dénudé et, à sa face profonde, le grand dentelé est réséqué de façon à ce qu'il ne s'interpose pas aux os.

Deux fils d'argent sont passés dans l'omoplate à un centimètre du bord spinal, puis autour des côtes. Le contact osseux est facilement obtenu.

Les muscles des gouttières vertébrales sont alors détachés, transportés et suturés sur l'angle supérieur de l'omoplate. Les plans sus-jacents, muscles et peau, sont aussi suturés. Le malade est mis dans un appareil plâtré qu'il conserve quarante jours. Au bout de ce temps, l'omoplate apparaît fixée solidement aux côtes, et le malade reprend progressivement l'usage de son membre supérieur droit. A l'heure actuelle, au bout de quatre-vingt cinq jours, le malade élève volontairement le bras au-dessus de l'horizontale ; il peut porter la main sur le sommet de la tête, toute déformation scapulaire a disparu et le patient se sert de son membre supérieur même pour quelques mouvements de force.

C'est donc un important résultat que celui obtenu à la suite de l'opération de M. Pierre Duval, puisque le malade a récupéré une partie des mouvements de son bras droit ; le seul opéré jusqu'à présent. On va maintenant opérer le côté gauche, et d'ailleurs, le patient lui même le réclame. Certainement des opérations analogues pourraient être tentées chez d'autres malades de la même catégorie, et cela, avec le même succès.

CLINIQUE OBSTETRICALE

Cinlique d'accouchement Tarnier : M. le professeur Budin.

Des applications de forceps sur les droites postérieures.

Ce matin, au cours de la visite dans les salles, M. Bouchacourt m'a présenté un enfant extrait, hier, par une application de forceps dont les détails furent assez intéressants. Il s'agissait d'une droite postérieure. M. Bouchacourt fit une application oblique, amena la tête en occipito-pubienne au moyen d'un mouvement de rotation et, avant de la dégager, craignant que le forceps, dont la convexité était antérieure, ne causât des lésions, il retira son instrument pour le retourner et faire une prise directe ; à son grand étonnement, la tête de l'enfant aussitôt libérée revint en arrière dans sa position primitive. D'où cette conclusion : le mouvement de rotation dû au forceps n'avait pas été exécuté et suivi par le corps du fœtus. M. Bouchacourt fit alors une nouvelle application et dégagea l'enfant sans chercher cette fois à retourner l'instrument. Vous pouvez voir ce nouveau-né, qui est d'ailleurs en bonne santé.

Voilà un fait néanmoins, cette torsion considérable du cou du fœtus, qui paraît inquiétant et qui soulève deux questions importantes : comment est-il possible ? n'est-il pas dangereux ?

Possible, il l'est évidemment puisque nous en connaissons de nombreux exemples. Pas dangereux, c'est une autre affaire, et je vais vous rappeler les discussions soulevées par ce sujet.

Vers 1752, un accoucheur anglais, Smellie, ayant vu que, dans les droites postérieures, l'occiput se dégageait en avant, avait donné le conseil d'extraire ainsi l'enfant avec le forceps. Mais cette pratique ne fut réellement défendue que par Paul Dubois et ses élèves, Blot, Jacquemier, et surtout Tarnier. Ces auteurs insistaient également sur la nécessité de dégager la tête sans retirer les cuillers, bien que leurs courbures fussent en sens inverse de celle de l'excavation. La pratique de Paul Dubois et de Tarnier eut quantité d'adversaires. Stolz, de Strasbourg, Villeneuve, de Marseille, et, en 1874, Saintex, dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine, disaient au contraire : le procédé est difficile, dangereux et doit être abandonné.

Eh bien ! est-on ou non autorisé à employer cette rotation de la tête ; cela a-t-il de l'importance ? La rotation, certes, est facile à effectuer ; toutefois, si nous croyons que la moelle, la colonne vertébrale, peuvent être lésées, il est préférable de s'abstenir et de dégager la tête en occipito-sacrée.

Avant d'aborder ce point, nous devons nous poser une autre question : le dégagement en occipito-sacrée n'est-il pas lui-même dangereux et est-il d'exécution aisée ? Il se fait quelquefois facilement, surtout si l'enfant est petit et si les organes maternels sont souples, s'il s'agit d'une multipare. Au contraire, s'il s'agit d'une primipare avec un fœtus assez gros, le dégagement en occipito-sacrée est difficile, demande une grande force et est dangereux pour le périnée. Lorsque la nuque est en avant, le sommet se dégage par ses diamètres sous-occipitaux, les plus petits. Lorsqu'elle est en arrière, il n'est pas possible à ces diamètres de se déployer, vu la longue bande de parties molles qui prolonge le sacrum. Aussi la tête glisse-t-elle en totalité, sortant face au pubis, l'accouchement se faisant par glissement. Il y a donc là un gros embarras surtout avec un plancher pelvien long et résistant comme celui des primipares.

Un de mes collègues, il y a une dizaine d'années, grand partisan du dégagement des droites postérieures par le forceps en occipito-sacrée, s'efforçait de me convaincre. Devant son insistance, je m'y adressai un jour, chez une de mes clientes. Je fis un essai que j'appellerai loyal, si loyal que l'enfant en présenta des indurations de tissus au niveau de la face, indice d'une traction forcée. Je n'obtins d'ailleurs aucun résultat et je dus terminer en occipito-pubienne. J'ajoute que mon collègue, dans la suite, changea d'avis.

Lors donc que la tête est volumineuse et le plancher pelvien résistant, vous éprouverez les plus grosses difficultés à extraire le fœtus en occipito-sacrée. Le danger existe également pour le périnée qui subit, dans ces circonstances, des déchirures quelquefois considérables.

Je me souviens avoir été appelé, dans le courant de 1902, pour accoucher une primipare d'un certain âge, et m'être trouvé en face d'une droite postérieure. Le forceps étant nécessaire, je l'appliquai et, allant avec lenteur, je n'eus aucune lésion. Le médecin qui m'avait demandé me dit : depuis que j'exerce, voici la troisième applica-

tion de ce genre à laquelle j'assiste ; une première fois avec une déchirure complète, une seconde fois avec une déchirure non moins complète, un enfant mort et une femme qui succomba. Les dégagements avaient eu lieu en occipito-sacrée.

Vous voyez qu'il y a intérêt et un gros intérêt à être autorisé à ramener et à extraire l'enfant en occipito-pubienne.

Celui qui a le mieux étudié la question est assurément Tarnier. Malgré l'opinion des accoucheurs prétendant que ces applications étaient dangereuses, Tarnier passa outre. Il chercha, sans en trouver, des observations où ces prétendues lésions de la moelle et de la colonne vertébrale auraient été constatées. Théoriquement, dit-il, la question est à discuter. Cliniquement, elle n'a aucune base. Tarnier fit alors l'expérience suivante: sur un cadavre d'enfant nouveau-né il ouvrit la colonne vertébrale et y placa un tube de verre rempli d'eau. Il prit ensuite le crâne et lui fit exécuter des mouvements étendus de rotation; du côté du liquide, aucune élévation ne se produisit, indiquant bien l'absence de toute lésion de la colonne vertébrale. Tarnier constata de plus que le mouvement de rotation se passait non pas dans l'articulation atloïdo-occipitale, mais dans les vertèbres cervico-dorsales. Poussant plus loin son étude, il envisagea comparativement les conséquences anatomiques de l'extraction en occipito-sacrée. Or, cette dernière nécessite une flexion ou une extension très étendue de la tête. Exécutant ce mouvement, il vit sur le même enfant la colonne liquide s'élever dans le tube de verre. D'où sa conclusion : dans l'extraction en occipito-sacrée, avec les tractions fortes qu'elle exige parfois, on exerce plus de compression que dans les mouvements de rotation dont j'ai parlé tout à l'heure.

Cependant il restait encore des doutes dans l'esprit des médecins, et les expériences de Tarnier n'empêchaient pas Saintex de publier, en 1871, son mémoire contre le forceps avec rotation de la tête en occipito-pubienne.

Eh bien! ce mouvement de torsion, qui effrayait les accoucheurs, se fait si bien sans réclamer une grande force qu'il se produit dans les accouchements spontanés, naturels. En voici un exemple-type : un matin de 1875, à la Maternité, où j'étais interne, entre une femme secondipare avec un fœtus en droite postérieure et une dilatation du col de 5 centimètres. Quelques minutes seulement après avoir fait ces constatations, l'aide sage-femme me rappelle et me dit : « Venez vite, monsieur, la femme accouche ». Je pratiquai le toucher : l'occiput était sous la symphyse pubienne et je sentis cependant les petits membres en avant. Une nouvelle contraction dégagea la tête et immédiatement après, l'occiput revint en arrière ; le dos était resté postérieur et la tête avait seule exécuté son mouvement de rotation. A la contraction suivante, l'enfant sortit. Je pris ce nouveau-né, je le regardai : il n'avait pas l'air d'avoir souffert. J'imprimai à la base du crâne des mouvements de rotation : il ne cria pas et ne parut pas s'en ressentir. J'avais assisté à un cas de rotation spontanée de la tête avec dégagement en occipito-pubienne, le tronc étant resté en arrière.

Je cherchai partout des observations analogues. J'en trouvai deux dans le livre de Jacquemier, livre intéressant parce qu'il reflète l'enseignement si remarquable de Paul Dubois, le maître que l'on venait écouter de l'étranger et dont Mathius Duncan me montrait le cours pris sur un cahier de notes qu'il conserve. Je trouvai donc dans Jacquemier une allusion à deux observations analogues signalées par Paul Dubois. Dans l'un de ces cas, l'enfant ayant succombé à une épidémie, l'examen anatomique avait été fait et n'avait révélé aucune lésion. Ainsi Paul Dubois avait déjà remarqué que l'on pouvait exécuter une rotation de la tête non suivie du tronc sans danger.

Depuis cette époque, de nombreuses observations se sont produites. Les plus intéressantes sont celles qui ont été suivies d'autopsies. Une première fois, j'eus l'occasion d'appliquer un forceps, dans ces conditions, sur un enfant mort. Il venait de succomber. La dilatation atteignait cinq centimètres, l'état de la mère était grave. J'appliquai le forceps en occipito-postérieure et ramenai la nuque sous la symphyse. A l'autopsie, je regardai avec soin la colonne vertébrale : elle était absolument intacte, ne présentait pas la moindre lésion. Mais, me direz-vous, il s'agissait d'un enfant mort. Une seconde fois, c'était à la Charité, j'arrivai auprès d'un nouveau-né qui venait d'être extrait par cette manœuvre. Il succomba et je fis personnellement l'examen anatomique sans découvrir aucune altération de la moelle ou de la colonne vertébrale. Tous ces faits accumulés prouvent que, chez le fœtus, la tête peut subir sans inconvénient un mouvement de torsion assez considérable. D'ailleurs, Ribemont en a donné, dans sa thèse, une preuve anatomique : il exécuta sur un fœtus congelé les mouvements dont je viens de parler et constata nettement qu'ils se passaient dans la colonne cervico-dorsale, sans léser quoi que ce soit.

La tête tourne donc sans danger. Dans les occipito-postérieures, vous pouvez sans crainte ramener l'occiput en avant, le dos restant en arrière. J'irai plus loin et je dis : vous devez le faire. Trois raisons nous y invitent ; c'est plus facile, ce n'est pas dangereux pour le fœtus et cela ne risque pas de léser gravement le périnée.

Vous avez le droit et le devoir d'agir ainsi. Vous avez vu cependant M. Bouchacourt craindre de rencontrer des difficultés et de déterminer des blessures du périnée, la convexité des cuillers étant en sens inverse de la courbure de l'excavation. Certes, lorsque nous nous servions du forceps de Levret, ses deux saillies coupantes pouvaient faire sauter le périnée et il fallait toujours veiller sur elles. A cette époque, j'avais coutume de dire aux élèves : prenez garde, rentrez vos griffes. Je ne crois pas qu'avec le forceps de Tarnier, dont les cuillers sont moins longues et qui s'impriment mieux sur les parties molles, pareil accident soit à redouter.

Il y a un certain nombre d'années, les accoucheurs avaient remarqué avec quelle facilité on ramenait la tête de la position occipito-postérieure en occipito-pubienne. Quelques-uns donnèrent le conseil de ramener avec la main l'occiput en avant et de faire une application directe, en droite antérieure. Loviot se fit le défenseur de cette opinion et il publia sur la question un intéressant travail. A ce moment, en 1887, Loviot était chef de clinique et je remplaçais M. Tarnier; nous résolumes d'essayer ensemble sa méthode. Je l'appelai donc une après midi auprès d'une femme dont le travail, avec une droite postérieure, se prolongeait. Loviot arrive, place sa

★

main gauche, fait la rotation et, au moment de poser ses cuillers, il s'aperçoit que la tête est revenue à droite. Nouvelle tentative, même retour de l'occiput en arrière. La troisième fois, il put enfin, en maintenant sa main gauche en place, appliquer les cuillers et dégager l'enfant. Je lui objectai alors : Oui, on ramène très aisément la tête en avant, mais elle retourne aussi facilement dans sa position primitive. Ceci n'a, à la vérité, aucun inconvénient avec un accoucheur très expérimenté, mais si, la rotation effectuée, on ne s'aperçoit pas du retour en droite postérieure, on va faire une application défectueuse et on obtiendra des désastres. Il est certain que si, dans notre observation d'hier, M. Bouchacourt n'avait pas constaté la rotation inverse, il se fût produit des accidents graves, très graves même.

Nous en observions, autrefois, un grand nombre. En 1883, quatre de nos collègues, M. Maygrier et moi, venions d'être nommés accoucheurs des hôpitaux. Le lendemain de notre nomination, dès 4 heures du matin, M. Maygrier est appelé à Tenon, et me prie de l'accompagner. Nous trouvons une femme, avec une droite postérieure, qui avait subi, en ville d'abord, par l'interne ensuite, de multiples tentatives d'extraction au forceps. Le résultat avait été non seulement un insuccès, mais en outre un enclavement. Voici ce qu'il faut entendre sous cette dénomination. Supposons une O. I. D. P. Si vous appliquez votre forceps avec le manche sur la ligne médiane les cuillers vont à gauche et en avant et vous saisissez de cette façon la face et la région frontale; les tractions produisent la déflexion de la tête, ils la descendent et l'enclavent dans l'excavation.

Or, jadis, les faits de ce genre étaient légion et j'en ai vu beaucoup d'exemples en ville. Un jour, un confrère m'appelle pour opérer chez une de ses clientes l'embryotomie sur un enfant mort. J'examine la parturiente : il s'agissait d'une droite postérieure contre laquelle le médecin avait fait des applications de forceps réitérées et inefficaces. L'enfant avait souffert et notre confrère le croyait mort. J'entendis cependant de très légers battements cardiaques et je me mis en demeure d'appliquer le forceps Tarnier. J'effectuai la rotation, tirai, sortis la tête, puis l'enfant : celui-ci vivait encore. Il n'en est pas toujours ainsi et l'issue n'est pas toujours aussi satisfaisante.

Je raconte volontiers, à ce propos, l'anecdote suivante. J'étais en 1872 à la Maternité et j'avais avec moi un camarade, interne de 5e année, l'internat ayant été exceptionnellement prolongé cette année-là. Un jour — il était midi passé — il entre en coup de vent à la salle de garde, se promène fiévreusement de long en large et, comme je lui demandais le motif de son émotion, il me répondit brusquement : « Ce qu'il y a ? Il y a, il y a, que j'ai perdu mon prestige ! » Il s'agissait, ne l'oubliez pas, du prestige d'un interne et, qui plus est, d'un interne de 5e année! Ce devait être très sérieux et j'écoutais avidement son récit. Voici ce qui s'était passé. M. Tarnier étant absent, un chirurgien des hôpitaux était venu le remplacer. Or, il se trouva une femme, avec une droite postérieure, qui n'accouchait pas, et le chirurgien, d'accord avec mon interne, résolut d'appliquer le forceps. L'opérateur s'installe donc dans l'hémicycle, devant un amphithéâtre comble d'élèves ; il place son forceps, tire : l'instrument dérape. Il le replace, même insuccès. Il l'introduit pour la troisième fois, noue une serviette autour et dit à l'interne : « Mon ami, tirez avec moi ».

Ensemble et de toutes leurs forces, ils se mettent à tirer. Un coup sec se produit ; c'est l'instrument qui dérape à nouveau ; l'interne et le chirurgien viennent s'aplatir l'un et l'autre contre le mur de l'hémicycle. Le chirurgien, très ému, s'écrie : « Ces choses-là arrivent à tout le monde. Attendons à demain », mais dans son trouble, il ne retrouva plus son chapeau. Vous savez ce que fit mon interne. Quant à la femme, elle accoucha dans l'après-midi, spontanément ! Malheureusement, cette scène plutôt comique eut un revers dramatique : la femme succomba, avec des lésions graves des organes génitaux, et l'enfant aussi avec une fracture double des maxillaires. Il s'était produit un enclavement.

De tels cas sont graves parce qu'on ne les connaît pas. Il faut éviter de saisir la tête avec le manche du forceps dans l'axe de l'excavation. Le manche doit être porté vers la cuisse gauche en s'assurant, ajoute M. Demelin, que la tête reste bien fléchie, ne risque pas de se défléchir. Je vous rappelle que le mouvement à imprimer à l'instrument doit se faire sans déplacer l'axe des cuillers (mouvement de vrille) sous peine de raboter l'excavation. Ne cherchez pas à aller trop vite. Je me souviens toujours de l'impression pénible que j'éprouvai, une fois, en voyant le Professeur Depaul, chez une femme apportée en pleine péritonite, faire un forceps en moins d'une minute. Il l'exécuta avec tant de maëstria que l'auditoire applaudit. Eh bien ! à l'autopsie, j'ai trouvé de très sérieuses lésions traumatiques dans l'excavation.

En résumé, les applications de forceps sur les droites postérieures se feront en imprimant un mouvement de rotation à la tête. L'occiput ramené sous la symphyse, le dégagement sera effectué de suite. N'oubliez pas qu'un forceps mal appliqué peut provoquer l'enclavement et qu'une rotation mal faite cause des lésions de l'excavation.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

L'énanthème des muqueuses dans le diagnostic précoce de la rougeole.

Depuis 1896, Koplik a signalé, comme signe précoce de la rougeole, certaines flaques énanthémateuses situées sur la muqueuse des joues.

Dans une récente épidémie morbilleuse, Rüdel (*Münchener Med. Woch.*, 1904, n° 9) a remarqué qu'un certain nombre de malades présentaient, même avant l'apparition des « taches de Köplik », de la photophobie, et de l'hyperémie conjonctivale de la paupière inférieure ; mais ces faits n'ont pas été vérifiés par d'autres auteurs.

Voici, d'après Rüdel, quel est le mode d'apparition de l'énanthème jugal : Au plus tôt cinq jours avant l'éruption cutanée, on aperçoit à la face interne des deux joues, quelquefois d'une seule joue, 20 à 50 taches rouges plus ou moins rondes, ayant un diamètre de 2 à 4 millimètres: celles-ci sont assez souvent réunies par groupes, et siègent plus volontiers au niveau des arcades dentaires. Parfois ce ne sont pas des taches, mais des îlots confluents, disposés en ban-

des allongées parallèlement aux rangées des dents. Tout à fait au début, ils sont bien délimités, et, par leur couleur rouge vif, tranchent nettement sur le fond pâle, jaune-rougeâtre de la muqueuse normale. Au centre de ces macules, on aperçoit de petits dépôts jaunâtres, ayant en moyenne 1 millimètre de diamètre, qu'il est possible d'enlever, sans douleur, ni suintement de sang. Ces points jaunâtres, de desquamation épithéliale, permettent de reconnaître les macules : ils seraient même caractéristiques d'après certains auteurs.

Les taches de Koplik peuvent disparaître très rapidement (quelquefois au bout de dix heures), et quand se produit l'éruption cutanée, la muqueuse buccale ne présente plus aucun caractère anormal. Plus souvent encore, la muqueuse jugale tout entière devient le siège d'une hyperémie plus ou moins intense, qui rend difficile la recherche des taches. En outre, celles-ci pâlissent et prennent des limites moins nettes, et les points jaunâtres tendent à envahir toute la surface muqueuse au bout de quelques heures ou d'un jour.

Ces points jaunâtres sont peu adhérents, et si le malade se gargarise fréquemment, ils peuvent disparaître : ce ne sont donc point des signes pathognomoniques de l'énanthème jugal.

Mais l'énanthème morbilleux siège aussi sur le voile du palais ; sa présence cependant devient plus difficile à déceler. La muqueuse de cette région est en effet parsemée de follicules lymphatiques, ayant la grosseur d'une tête d'épingle et ceux-ci s'entourent d'une auréole rougeâtre, dès que survient la moindre infection de la cavité buccale.

Rüdel considère les taches de Koplik comme un signe précoce et constant de la rougeole ; jamais il ne les a trouvées dans la diphtérie, dans les angines et les autres affections de la bouche.

Dans la scarlatine cependant, on trouve également un enanthème jugal, mais il diffère de l'énanthème morbilleux : le plus souvent, il apparaît en même temps que l'éruption cutanée, rarement avant elle. Toutefois, la distinction importante qui les sépare dans ces deux fièvres éruptives est la suivante : dans la scarlatine, les taches sont plus nombreuses (50 à 100), plus petites (1 à 2 mm. de diamètre), plus rouges. Enfin elles ne sont pas surmontées de points jaunâtres ; mais il se produit rapidement une disparition intense de tout l'épithélium jugal, qui couvre souvent les joues et les gencives d'un dépôt blanchâtre, épais, peu adhérent.

Sur les paralysies puerpérales d'origine centrale.

Chez la mère, ces paralysies spéciales reconnaissent une origine centrale ou périphérique et, c'est aux premières que le docteur Hosslin vient de consacrer une étude fort intéressante. (*Münch. Med. Woch.*, 1904, n° 10.)

Certaines d'entre elles, et ce sont les plus rares, ne possèdent pas de substratum anatomopathologique bien défini ; elles sont dues soit à la myasthénie grave, soit à l'hystérie.

Il arrive, en effet, que la myasthénie apparaisse pendant la grossesse, ou bien après la délivrance ; et le rapport étiologique qui existe entre l'état gravidique et cette affection devient évident par ce fait que, dans certains cas, la myasthénie peut s'observer au cours de la grossesse ou des suites de couches, puis disparaître complètement, ou s'améliorer, pour récidiver et mener parfois à une mort rapide à l'occasion d'une nouvelle gestation.

Chez les hystériques, l'état gravide réveille une sensibilité particulière du système nerveux, ainsi qu'en témoignent certaines attaques d'hystérie grave, et il paraît extraordinaire que les paralysies soient si rarement observées. Sur 30 cas d'hystérie grave, réunis par Léonard, un spécialiste en la matière, on ne relève en effet que six paralysies hystériques. Lorsque les manifestations paralytiques affectent une certaine fugacité, on les attribue volontiers à l'hystérie ; c'est là un tort, car d'autres paralysies sont encore fugaces, mobiles, qui ne sont pas hystériques et présentent un substratum organique.

Parmi les affections de ce genre, qui ont pour origine des lésions anatomo-pathologiques du système nerveux central, il faut citer en premier lieu *l'apoplexie puerpérale*. Son étiologie serait influencée d'après Ahlfeld, par l'arrêt de la menstruation : une femme attend ses règles ; celles-ci font défaut, mais à leur place apparaît une hémiplégie.

On invoque aussi une frayeur intense, un surmenage. L'âge et le nombre des grossesses ne semblent jouer aucun rôle dans la genèse de cette apoplexie. Sur 27 femmes, 12 n'avaient pas trente ans, 15 avaient dépassé cet âge. Mieux vaudrait admettre une prédisposition individuelle, car les mêmes femmes sont parfois atteintes d'apoplexie à l'occasion de plusieurs grossesses successives. Il ne faut pas oublier non plus les variations qui se produisent dans la tension artérielle au moment de l'accouchement, car les phénomènes paralytiques se manifestent parfois *intra-partum*.

D'ailleurs, le rapport étiologique qui existe entre l'état gravide et l'apoplexie se trouve mis en évidence par ce fait que l'accident ne se répartit pas également sur tous les mois de la grossesse ; il est exceptionnel de l'observer en dehors du dernier mois, de l'accouchement et du post-partum. Peut-être faut-il incriminer l'hypertrophie cardiaque et l'augmentation de résistance dans la circulation des membres inférieurs, peut-être aussi une altération toxique des parois vasculaires ?

Les apoplexies puerpérales siègent de préférence dans les centres gris, dans la paroi des ventricules, et la capsule interne. Nous citerons à titre de curiosité pathologique le cas de Zarchi : Quelques heures après l'accouchement, le corps de la patiente se couvrit de pétéchies, la mort survint rapidement, et à l'autopsie on trouva le cerveau parsemé de petits foyers hémorrhagiques.

Généralement, l'apoplexie puerpérale débute brusquement, sans prodromes, avec perte de la sensibilité ; il se produit une hémiplégie, qui peut également intéresser le facial et l'épiglotte. Souvent l'apoplexie s'accompagne d'aphasie, qui d'ailleurs peut constituer le seul indice révélateur de la lésion.

Le pronostic se trouve dépendre de l'abondance de l'hémorrhagie. Quand celle-ci se produit avant la fin de la gestation, elle peut disparaître

aussi avant l'accouchement ; et d'ailleurs elle n'entraîne l'avortement que d'une manière exceptionnelle.

L'accouchement provoqué, et l'opération césarienne en cas d'extrême urgence, ne seraient indiqués que si la vie de la mère était en danger.

La *paralysie albuminurique de la grossesse* est sous la dépendance de l'état urémique ; elle serait plus fréquente après trente ans, et s'observerait aussi bien chez les primipares que chez les multipares.

La cause réside dans un œdème circonscrit du cerveau, des méninges, parfois dans une intoxication urémique des centres nerveux. Enfin, la paralysie peut être provoquée par un épanchement sanguin, qui s'observe indifféremment dans toutes les régions des centres nerveux. Ces paralysies sont toujours précédées d'une phase prodromique : céphalée, malaises, vomissements, quelquefois œdèmes, albuminurie. Elles surviennent le plus souvent après une ou plusieurs crises éclamptiques, mais ce n'est pas là un fait constant.

Les phénomènes paralytiques passent dans certains cas inaperçus, en raison du coma grave qui les accompagne : ce sont des hémiplégies, monoplégies, hémianopsie, amaurose.

Quand la paralysie ne s'accompagne pas d'un foyer hémorrhagique, il est fréquent de le voir rétrocéder rapidement, et néanmoins la mort peut encore survenir brusquement après cette amélioration rapide ; mais c'est là un fait exceptionnel. S'il y a hémorrhagie, le pronostic est moins bon ; la mort se produit brusquement une fois sur quatre, 8 à 14 jours après l'accident. Le plus souvent, il est nécessaire de hâter l'accouchement (forceps, version, opération, césarienne) ; pour l'enfant, le pronostic est également sombre.

Les paralysies puerpérales par *thrombose des vaisseaux cérébraux* sont exceptionnelles au cours de la grossesse même ; elles sont généralement consécutives soit à des infections puerpérales soit à de fortes métrorrhagies après l'accouchement ou l'avortement. Ces paralysies se développent lentement, subissent des grandes variations et peuvent disparaître rapidement : il n'y a généralement pas perte de connaissance. Ce sont le plus souvent des hémiplégies, qui parfois s'accompagnent de convulsions, car la thrombose des sinus et des vaisseaux méningés détermine quelquefois des hémorrhagies secondaires à la surface du cerveau.

Le pronostic de ces accidents n'est pas aussi mauvais que pour l'albuminurie : 10 morts sur 23 cas.

L'enfant n'est pas en danger, puisque la thrombose n'apparait généralement que dans les suites de couches ; il n'est pas rare d'observer la guérison complète ou incomplète de ces paralysies.

Produites par une *embolie cérébrale*, elles ont le plus souvent pour cause une endocardite ulcéreuse de la puerpéralité ; certaines endocardites anciennes, certaines lésions valvulaires récidivent volontiers pendant la grossesse et peuvent occasionner des embolies. D'autres fois, l'endocardite se développe insidieusement pendant la gestation, donnant lieu à des palpitations, à de la dyspnée, faisant naître un souffle systolique à la pointe comme dans le rhumatisme articulaire aigu. Il est donc nécessaire d'observer attentivement le cœur des femmes enceintes, qui accusent ces symptômes et il ne faut pas trop se hâter de porter le diagnostic de palpitation nerveuse.

La paralysie embolique apparaît brusquement à n'importe quelle période de la grossesse, mais plus souvent à l'approche du terme. Il n'y a pas obnubilation ; les phénomènes morbides peuvent subir de grandes fluctuations et disparaître rapidement. Le pronostic sera plus favorable s'il n'existe pas d'endocardite ; il ne sera pas indiqué d'interrompre la grossesse si la vie de la mère n'est pas en danger.

Enfin des paralysies très graves sont celles qui résultent d'un *abcès cérébral métastatique* consécutif à la fièvre puerpérale.

Sur la présence du bacille d'Eberth dans les fèces et l'urine des convalescents de fièvre typhoïde.

Il est très important pour la prophylaxie de cette affection de savoir pendant combien de temps les bacilles spécifiques peuvent persister dans les fèces et les urines des convalescents. Les recherches d'Herbert (*Munch. Med. Woch.* 1904, n° 11) portent sur plus de cent cas.

Le bacille d'Eberth persisterait plus longtemps dans l'urine que dans les matières fécales ; il ne se rencontrerait que durant les quatre premières semaines de la convalescence. Le nombre de jours pendant lesquels les recherches restent positives après la chute de la fièvre, varie entre 8 et 27, le chiffre de 15 jours pouvant être admis comme une moyenne. Une seule fois sur 104 cas, l'auteur décela des bacilles au deuxième mois de la convalescence ; le malade avait d'ailleurs présenté une petite rechute.

NEUROLOGIE

Traitement du Tabes.

Dans sa communication à la *Société de Médecine et de chirurgie pratiques*, le docteur Faure, de Lamalou, s'élève contre l'abus qui a été fait, ces derniers temps, du traitement mercuriel dans le tabes.

Le tabes, s'il est souvent d'origine syphilitique, peut avoir cependant d'autres origines (surmenage, alcoolisme, tabagisme, grippe, tuberculose, etc.); mais comme la syphilis en est la cause principale, le traitement mercuriel devra toujours être essayé au début de la maladie ; cependant il ne faudra pas maintenir ce traitement s'il ne donne pas de résultat. Pour les cas plus avérés, lorsque l'état général est profondément troublé, il est dangereux d'ajouter un poison, le mercure, à tous ceux qui se forment dans l'organisme.

Si parfois, à la suite du traitement mercuriel, on a vu des arrêts dans la maladie ou même des améliorations, il ne faut pas en conclure que le traitement en a été la cause, car l'on sait bien aujourd'hui que le tabes n'est pas une maladie essentiellement progressive, qu'au contraire, dans la majorité des cas, il procède par étapes avec des périodes de rémission et même de régression.

La direction médicale du tabétique ne doit

donc ni lui faire espérer une guérison radicale par un traitement donné, ni lui laisser croire qu'il est atteint d'une maladie à évolution fatalement progressive ; le médecin, au contraire, doit enseigner au tabétique que le mal dont il est atteint ne diminuera pas, probablement, la durée de sa vie ; que, sans doute, ce mal réduira sa capacité et lui créera des souffrances et des désagréments, mais que la vigilance du médecin et la docilité du malade suffiront à éviter la plus grande partie des accidents possibles. Enfin, qu'il est des malades atteints comme lui, qui guérissent complètement.

« En outre, le médecin veillera à laver la vessie prompte à s'infecter, à débarrasser l'intestin « de la stase stercorale fréquente, il contrôlera « l'alimentation, le repos du malade et le garantira contre l'inanition et l'insomnie ; il prescrira la vie au grand air, défendra le surmenage « intellectuel ou physique, les préoccupations, « etc., il surveillera incessamment la circulation « et particulièrement le cœur, l'aorte et les vaisseaux cérébraux. En faisant cela il aura déjà « supprimé presque toutes les causes de mort « que le tabes apportait à son malade

« Durant cette longue surveillance, le praticien « aura naturellement recours à des médications que des états passagers pourront nécessiter.

« Avec toute la fermeté nécessaire, le médecin « imposera au malade des cures annuelles de « un ou plusieurs mois, pendant lesquelles, « abandonnant toute autre occupation, le tabétique, dans un sanatorium, n'aura d'autre souci que de réparer les désordres acquis et de « prévenir ceux qui pourraient survenir. Pendant cette sorte de retraite thérapeutique, le « tabétique, par des exercices spéciaux, apprendra à récupérer l'intégrité de ses mouvements « respiratoires ou laryngés, dont le trouble lui « fait courir les plus grands dangers. Il apprendra de même à restaurer sa miction, sa défécation, etc. Beaucoup plus facilement, le tabétique récupérera les mouvements volontaires « qu'il avait perdus pendant le même temps ; il se « soumettra à une hygiène spéciale, à l'hydrothérapie thermale, enfin, à toutes les pratiques « que l'expérience montre comme devant être « celles du tabétique qui se soigne et qui veut « guérir.

« Pour cela, l'unité de temps thérapeutique, ce « n'est ni le jour, ni la semaine, c'est l'année. En quelques années de surveillance étroite et de direction médicale incessante, le tabétique sera changé, et, s'il n'a pas récupéré « l'intégrité de toutes ses fonctions, il aura pu, « du moins, garantir la conservation de sa vie, « continuer sa carrière et retrouver une santé assez bonne et une activité suffisante pour avoir « encore une vie utile et intéressante. C'est ainsi « que le pronostic du tabes peut devenir, sinon « bénin, du moins très tolérable, dans la majorité des cas. »

D'autre part, dans sa brochure sur le *traitement mercuriel intensif dans le tabes spécifique*, le Dr Donadieu-Lavit, après avoir montré les divergences d'opinions des maîtres sur l'efficacité du traitement mercuriel dans le tabes, divergences qui s'expliquent facilement après ce que nous venons de voir, cite un certain nombre d'observations de malades tabétiques syphilitiques, suivis pendant de nombreuses années, chez lesquels le traitement mercuriel a donné de bons résultats : et, des multiples cas qu'il a pu observer à Lamalou, le Dr Donadieu-Lavit tire les conclusions suivantes :

« Sur plus de mille tabétiques observés à toutes « les périodes, il a pu en être suivi 650 durant « une période variant de 1, 2, 3 et 15 ans.

« Les conclusions pratiques qui se dégagent de « ces observations sont les suivantes : »

« 1°. — Le traitement mercuriel doit toujours « être essayé dans le tabes récent spécifique. »

« Si le temps presse, si l'on veut frapper un « coup énergique, le traitement mercuriel associé « au traitement thermal peut refréner, enrayer « le tabes prêt à évoluer. Des rétrocessions, des « rémissions souvent très longues ne sont pas rares dans ces cas.

« Dans les cas moins pressants, le traitement « mercuriel peut être fait dans l'intervalle des cures thermales.

« 2°. — Dans l'ataxie confirmée ou avec incoordination intense, le traitement mercuriel peut « encore être essayé avec prudence et surveillé « attentivement. Il ne donne trop souvent que « des insuccès et ne peut rien contre la lésion.

« Le traitement thermal détermine une spécialisation d'effets sur la moelle et le système nerveux périphérique, qui se traduit par l'amélioration des troubles sensitifs (douleurs fulgurantes apaisées, équilibration meilleure, remontement général). Ces effets d'amélioration deviennent plus fugaces et moins durables à mesure que la lésion plus ancienne progresse et « que l'évolution de la maladie s'accentue.

« A ce sujet, toutes les cures sont loin de se « ressembler, et il en est de bien plus sédatives « que d'autres.

« Chez les ataxiques anciens, on peut encore observer des rémissions, des arrêts variant de 5 à « 10 et 15 ans, puis tout à coup la maladie se précipite et la période paralytique apparaît. Chez « d'autres, la marche, au lieu d'être lente, parcourt rapidement et sans arrêts les diverses « étapes de la maladie et malgré la cure thermale.

« C'est surtout contre les troubles sensitifs que « la cure de Lamalou donne de bons résultats. « Les troubles moteurs deviennent trop souvent « irréductibles.

« La gymnastique de Frenckel vient constituer « un appoint de premier ordre au traitement thermal. Elle permet d'améliorer les troubles moteurs et se rendre le malheureux ataxique à la « vie commune.

« Les troubles des sphincters, les arthropathies « diverses, les troubles trophiques, le mal perforant, les complications si nombreuses du tabes « ancien, exigent un traitement thermal et un « traitement spécial.

« Sous une forme concise, on peut résumer « ainsi les indications générales du tabes spécifique : Il faut ordonner :

« 1°. — Contre la cause spécifique, dans le tabes incipiens, la cure hydrargyrique associée « ou non à la cure thermale :

« 2°. — Contre les troubles sensitifs (spécialisa-

« tion de Lamalou sur le système nerveux), la « cure thermale ;

« 3°. — Contre les troubles moteurs, la gym- « nastique de Frenckel. »

(Analysé par le Dr Louis Gassot).

ASSISTANCE

La puériculture dans les Compagnies de chemins de fer.

La Commission extra-parlementaire de la dépopulation (elle ne mérite pas beaucoup ce qualificatif d'extra-parlementaire), est restée *dix-huit mois* sans se réunir : ces travaux ont été suspendus, dit-on faute de quelques milliers de francs, pour imprimer les rapports.

Dans le courant de cette année, M. le ministre a obtenu les crédits nécessaires sur la demande de M. Piot, et la Commission a été convoquée une fois, au mois de mars.

Mais si la Commission a pu à peine aborder le grave problème de la dépopulation qui a été posé, des hommes de bonne volonté commençent à agir efficacement dans leur sphère d'action.

C'est ainsi que M. Noblemaire, directeur de la grande Compagnie de chemins de fer P.-L.-M., vient d'édicter un règlement pour relever notablement les traitements des employés en proportion du nombre de leurs enfants et des charges de famille.

C'est là une noble initiative qui peut servir d'exemple aux pouvoirs publics.

Voici le texte de la décision qui vient d'être prise par M. Noblemaire : *a*) Des secours pour famille nombreuse sont alloués gracieusement aux agents de toute catégorie, autre que les auxiliaires et les journaliers, qui ont un grand nombre d'enfants.

Sont assimilés aux enfants pour l'établissement du droit au secours de famille ;

1° Les petits-enfants, frères, sœurs, neveux et nièces de l'agent, s'ils sont orphelins de père et de mère et entièrement à sa charge :

2° Les père, mère, beau-père, belle-mère, grand père et grand'mère de l'agent, ainsi que les grand père et grand'mère de sa femme, s'ils sont entièrement à sa charge et demeurent avec lui d'une façon permanente.

b) Ces secours seront fixés aux chiffres annuels suivants, d'après le traitement des agents et le nombre d'enfants (ou assimilés) à leur charge.

Il est alloué :

1° A tous les agents dont le traitement ne dépasse pas 2.100 francs ;

30 fr. pour 3 enfants (ou assimilés).
80 fr. pour 4 enfants (ou assimilés).
150 fr. pour 5 enfants (ou assimilés).
240 fr. pour 6 enfants (ou assimilés).
350 fr. pour 7 enfants (ou assimilés).
480 fr. pour 8 enfants (ou assimilés).
630 fr. pour 9 enfants (ou assimilés).

2° Aux agents ayant 2.400 francs de traitement ;

80 fr. pour 6 enfants (ou assimilés).
150 fr. pour 7 enfants (ou assimilés).
280 fr. pour 8 enfants (ou assimilés).
440 fr. pour 9 enfants (ou assimilés).

3° Aux agents ayant 2.700 francs de traitement ;

100 fr. pour 8 enfants (ou assimilés).
150 fr. pour 9 enfants (ou assimilés).

c) Les enfants ou orphelins assimilés ne sont décomptés, pour donner droit aux secours de famille, qu'autant qu'ils n'ont pas atteint l'âge de seize ans révolus.

Voici, d'ailleurs, la lettre que M. le sénateur Piot a adressée à M. Noblemaire en le félicitant de sa décision ;

« Paris, le 16 avril 1904.

« Monsieur le directeur,

« Je crois pouvoir me permettre, an nom des travailleurs chargés d'enfants, dont je reçois journellement les confidences, de vous exprimer, au sujet de la nouvelle mesure que vous venez d'adopter, mon admiration et ma sincère reconnaissance.

« Tous les hommes de cœur apprendront avec émotion les avantages que, sur votre noble initiative, le conseil d'administration de la Compagnie a décidé d'accorder par enfant, à ceux de vos agents qui ont à élever une nombreuse famille.

« C'est d'un cœur pénétré que je vous en félicite et vous en remercie, ainsi que messieurs les membres du conseil d'administration.

L'autorité de ce généreux exemple en fera naître d'autres.

« J'ai la conviction qu'il ne tardera pas à être suivi.

« J'y puiserai, quant à moi, plus de force pour continuer à plaider, en toute occasion, la cause des familles nombreuses ; trop heureux et trop fier si je pouvais arriver à contribuer, pour une part, si minime fût-elle, à quelque bienfaisant résultat ».

(Journal de médecine et de chirurgie).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'agrégation-fonction.

La pérennité de l'agrégation, question importante dont nous avons dit les rapports avec celle de l'amélioration de l'enseignement pratique donné aux étudiants en médecine, est toujours à l'étude.

MM. Mongour, Bégouin, Verger, de la Faculté de Bordeaux, adressent à ce sujet la lettre suivante au Président des Réunions d'agrégés de toutes les Facultés de médecine :

Mon cher collègue,

Il est inutile de représenter à nouveau tous les arguments qui militent en faveur d'une réforme de l'agrégation de médecine avec la pérennité pour base ; l'idée a fait sa route et vient d'être consacrée par les pouvoirs législatifs.

Mais tous ces projets, issus de l'initiative individuelle, se sont heurtés à deux objections fondamentales qui donnaient beau jeu aux adversaires de la réforme : l'obstacle au renouvellement périodique et la nécessité d'un budget supplémentaire.

Nous avons l'honneur de vous présenter un nouveau projet que nous vous serions reconnaissants de soumettre à vos collègues de la Faculté de

médecine et qui peut résoudre toutes ces difficultés.

L'économie en est bien simple : considérer l'agrégation comme un titre ne comportant aucune rémunération et distribuer aux agrégés libres ou en exercice les différentes fonctions effectives : chefs de clinique, chargés de cours, chefs de travaux, prosecteurs (chefs de laboratoire, préparateurs).

Le titre d'agrégé donnerait droit à l'une de ces fonctions, réparties suivant les besoins de l'enseignement ; le titulaire est pérennisé dans sa fonction avec un traitement de 3,000 francs pour la province, de 5,000 francs pour Paris : il peut permuter après avis favorable du Conseil de la Faculté.

Nous avons étudié les conséquences financières d'un tel projet appliqué à la Faculté de médecine de Bordeaux. Comme vous pouvez vous en assurer d'après les tableaux annexés, la réforme basée sur le principe de l'agrégation-fonction n'entraînera aucune dépense nouvelle ; sur l'ensemble du budget de notre Faculté, elle réaliserait même une économie de 5,475 francs, *sans nécessiter la suppression d'aucune place, sans créer d'emplois nouveaux, sans nuire au recrutement périodique.*

Nous avons toute raison de croire qu'il en sera de même pour votre Faculté.

Les avantages moraux d'une telle réforme sont évidents.

L'organisation actuelle présente une anomalie bien singulière : les fonctions effectives, susceptibles d'être pérennisées par délégation définitive ou indéfiniment renouvelable, peuvent être réservées (et de fait, elles le sont souvent) à des fonctionnaires nommés sans concours ou issus de concours moins élevés ; ils jouissent ainsi d'un privilège dont nous avons le droit de nous montrer jaloux.

Evidemment, quelques agrégés cumulent ; mais ce cumul constitue un traitement de faveur auquel tous ne peuvent aspirer et qui, en toute hypothèse, ne garantit pas l'avenir.

Quant aux fonctions provisoires (chefs de cliniques) non renouvelables, elles jettent sur le pavé des grands centres et périodiquement nombre de jeunes gens qui eussent mieux employé leur activité qu'à la poursuite d'un titre dont la plupart constateront bientôt la décevante inanité. Le mauvais recrutement du personnel enseignant de nos Facultés de médecine est pour une grosse part responsable de l'encombrement médical de nos cités. Sans profiter à l'instruction, les ressources budgétaires s'épuisent à distribuer des salaires de famine qui entretiennent quelques illusions, mais au prix de quels déboires !

En réservant aux agrégés et à titre définitif quelques-unes de ces fonctions aujourd'hui temporaires, on peut assurer à chacun d'eux un traitement minimum de 3,000 francs pour la province, de 5,000 pour Paris. Ce traitement n'est pas très rémunérateur ; mais en garantissant l'avenir, il actionnera peut-être beaucoup d'activités en sommeil et provoquera sans aucun doute de fidèles dévouements à la science.

Le projet ci-joint ne met aucun obstacle au recrutement ; comme il n'entrave pas la périodicité des concours, il ne découragera pas les initiatives ; mais il limitera le nombre des déceptions.

Prenons Bordeaux pour exemple. Par suite de l'insuffisance des cadres, il n'est pas possible de remettre entre les mains d'agrégés toutes les fonctions effectives. La section des sciences, physique, chimie, histoire naturelle, ne dispose que de cinq agrégés libres ou en exercice pour quatorze fonctions disponibles ; la section d'anatomie, de quatre agrégés pour huit fonctions ; la section de chirurgie, de sept agrégés pour huit fonctions ; pour la section de médecine, le cadre est complet, mais en apparence seulement.

Un certain nombre de places resteront donc vacantes ; elles seront confiées à des jeunes et formeront un noyau qui germera pour les concours ultérieurs.

Il doit en être de même pour les autres Facultés.

Ainsi donc, par suite des excédents budgétaires et des réserves en fonctions, la Faculté de médecine de Bordeaux n'a pas à redouter l'échéance triennale du prochain concours, sans même faire état des vacances possibles ou officiellement ouvertes.

Ne faut-il pas tenir compte aussi d'une fatalité douloureuse, mais imprescriptible ? Le rappel de nos collègues libres aura pour conséquence d'élever singulièrement la mortalité des agrégés. Dans les conditions présentes, on ne peut faire état de cette mortalité, sinon dans des limites très discutables. Les agrégés sont nommés à l'âge moyen de trente et un ans d'après une statistique dressée par M. le prof. Pitres ; à quarante ans, ils ont terminé leur période active et leur mort, après cette âge, n'influence pas le recrutement. En pérennisant les agrégés, la mortalité l'élèvera nécessairement puisque chaque décès ouvrira une vacance.

Enfin ne serait-il pas logique de réserver aux agrégés toutes les places dans les écoles secondaires ? Ce débouché augmenterait dans de fortes proportions le nombre des vacances.

Nous estimons donc qu'un projet établi sur les bases que nous avons définies est immédiatement réalisable,

Il présente en outre cet avantage de ne pas lier le sort des agrégés à celui des titulaires et de donner satisfaction aux partisans de l'Agrégation-pépinière.

Afin de pouvoir le présenter dans son ensemble, nous vous serions reconnaissants de vouloir bien nous adresser au plus vite (dans la quinzaine) un état du budget de votre Faculté, établi pour chaque section, dans la forme de celui que nous vous soumettons et autant que que possible dans le même format, avec les mêmes indications.

Budget de la section de médecine susceptible d'être affecté intégralement au traitement d'agrégés.

ETAT ACTUEL

	Francs
3 chefs de clinique à 1.575 francs (moyenne)...	4.725
2 chargés de cours à 2.000 francs	4.000
2 chefs de travaux à 2.000 francs...........	4 000
2 chefs de laboratoire à 1.575 francs........	3.150
2 préparateurs à 1.200 francs............	2.400
Agrégés en exercice........................	15.000
11 places Total.......	33.275

APRÈS LA RÉFORME

Ce budget permettrait donc de donner *onze* fonctions à *onze* agrégés avec traitement minimum de 3.000 francs.

L'excédent serait de 275 francs.

Pour remplir ces onze fonctions, la Faculté disposera en novembre de

5 agrégés en exercice,
6 agrégés à rappeler.

11 agrégés.

Les aides de clinique ne figurent pas dans ce budget, ainsi que les aides préparateurs. Ils seraient conservés ou pourraient l'être avec leurs avantages actuels. Les charges budgétaires qu'ils entraînent ne sont pas inscrites comme disponibles en faveur d'agrégés.

Budget de la section de chirurgie susceptible d'être affecté intégralement au traitement d'agrégés.

ETAT ACTUEL

4 chefs de clinique à 1.575 francs	6.100
3 chargés de cours à 2.000 francs	6.000
1 chef de travaux	2.000
Agrégés en exercice (3)	9.000
8 places Total	23.100

Les aides de clinique ne figurent pas dans ce budget, ils seraient conservés ou pourraient l'être avec leurs avantages actuels. Les charges budgétaires qu'ils entraînent ne sont pas inscrites comme disponibles en faveur d'agrégés.

APRÈS LA RÉFORME.

Ce budget permettrait de donner *huit* fonctions à *huit* agrégés avec traitement minimum de 3.000 francs.

L'excédent serait de 2.100 francs, puisque, pour remplir ces huit fonctions, la Faculté ne disposera en novembre 1904 que de :

3 agrégés en exercice.
4 agrégés à rappeler.

7 agrégés.

Mais la fonction restante étant considérée comme indispensable serait confiée à un non-agrégé au traitement de 1.200 francs.

L'excédent serait en réalité de 900 francs.

Vous voudrez bien tenir compte :

1° Que les traitements doivent être estimés pour la province d'après la moyenne suivante :

Chefs de travaux F.	2.000
Chefs de laboratoire et chefs de clinique	1.575
Préparateurs	1.200

2° Que le traitement fixe de l'agrégé chargé de fonctions sera de 3.000 francs minimum pour la province, sans cumul possible ; de 5.000 francs pour Paris.

3° Que les agrégés libres non issus du concours ne doivent pas être rappelés.

4° Que le tableau devra comprendre l'état du personnel en novembre 1904.

Le projet de réforme ou projet de l'agrégation-fonction pourrait être condensé dans les articles suivants :

Projet de réforme de l'agrégation.

(Agrégation-Fonction).

Article premier. — L'agrégation est un titre auquel doit être attachée dans chaque Faculté de médecine une fonction effective au traitement minimum de 3.000 francs.

Les fonctions effectives sont : assistant de clinique, chef de laboratoire, chef de travaux, chargé de cours, prosecteur, préparateur.

Art. 2. — L'agrégé est pérennisé dans sa fonction avec les avantages pécuniers qu'elle comporte.

Toutefois, les permutations peuvent être autorisées entre agrégés, après avis du Conseil de Faculté.

Art. 3. — Les agrégés subissent la retenue réglementaire pour la retraite. Ils peuvent faire valoir leurs droits à la retraite dans les conditions prévues par les lois et règlements en vigueur.

Art. 4. — Seuls les agrégés libres issus du concours sont rappelés à l'exercice. Les agrégés qui n'accepteraient pas l'une des fonctions énumérées plus haut ne font pas partie du cadre actif et n'ont droit à aucun traitement.

Pour tout ce qui concerne les rapports entre titulaires de chaires et agrégés, il conviendra d'établir un règlement intérieur qu'il ne nous appartient pas de définir.

Veuillez agréer, mon cher Collègue, nos sentiments dévoués.

MONGOUR, BÉGOIN, VERGER.
(*Journal de médecine de Bordeaux*.)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Monsieur et honoré confrère,

Je vous adresse inclus copie d'un jugement rendu par le tribunal d'Etampes et qui me semble intéressant au point de vue de la prescription de nos honoraires.

Voici succinctement les faits :

En 1897, j'ai commencé à donner mes soins à M. X. et à sa mère. Celle-ci meurt en 1898. L'héritier néglige de me régler mes honoraires. Mes relations amicales avec lui font que j'hésite à les réclamer. Les années passent, et en 1900, ma note était de *187 fr.*

Le 28 août 1900, M. X. me fait appeler. Je constate un état diathésique fertile en complications. Je lui fais quelques visites dans les premiers jours de septembre.

Le 25 septembre 1900, accident sérieux d'automobile. Plaie de la jambe, longue de 15 centimètres. Gangrène. Mes visites se succèdent jusqu'en février 1901, où elles s'espacent sans qu'il y ait entre elles un intervalle de plus de 12-15 jours.

Le 29 avril 1901, congestion cérébrale. Nouvelle série de visites très rapprochées. Elles commençaient à s'espacer de nouveau, quand, fin mai, hémorrhagie intestinale. Enfin, au commencement d'août 1901, mon malade va aux eaux.

Ainsi donc, du 28 août 1900 au 1er août 1901, j'ai vu un même malade d'une façon ininterrompue, pour des états morbides différents (diabète, plaie compliquée, états cérébraux congestifs, hémorrhagies intestinales), sans qu'il n'y ait plus de 15 jours entre deux visites consécutives.

Or, mon malade meurt le 25 avril 1903.

L'héritier plaide prescrites toutes les visites faites antérieurement au 25 avril 1901.

J'abandonne les soins donnés de 1897 au 28 août 1900.

Et je plaide : 1° que les visites ayant été ininterrompues du 28 août 1900 au 1er août 1901, le délai de prescription ne peut courir qu'à partir du 1er août 1901 ;

2° Que les états morbides présentés par mon malade relevaient tous de son état diathésique, et que dès lors il n'y avait en réalité qu'une seule et même maladie.

Le tribunal, sans se prononcer sur cette 2e affirmation, qui soulève une question de doctrine scientifique, a retenu mon 1er argument et a rendu le jugement que je vous envoie.

Je tiens à vous dire que j'ai versé aux débats le numéro du *Concours* contenant l'étude de Me Gatineau sur la prescription au point de vue des honoraires médicaux.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

M. LAROCHE.

La prescription des honoraires ne peut se diviser par périodes ou par visites quand il s'agit du traitement ininterrompu d'un état chronique non divisible en maladies successives.

Entre :

C., employé de commerce demeurant à Paris, demandeur ; Me Bertoye, d'une part.

Et L., docteur-médecin à M., défendeur ; Me Louis, d'autre part :

Le Tribunal :

Ouï Mes Bertoye et Louis, avoués des parties, en leurs moyens, conclusions et plaidoiries ; ensemble, M. le procureur de la République en ses conclusions après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant publiquement, en matière sommaire et, en dernier ressort :

Attendu que suivant exploit de P., huissier à M., en date du vingt-deux août 1903, enregistré, le docteur L. a assigné C. en sa qualité de légataire universel du sieur L., décédé à M., le vingt-et-un avril 1903, en paiement de la somme de douze cent vingt-quatre francs qu'il prétend lui être due pour honoraires et en validité de la saisie-arrêt qu'il a formée le dix-neuf août, même mois, aussi suivant exploit de P., enregistré, entre les mains de Me M. notaire à M. pour sûreté et paiement de sa créance.

Attendu que cette créance se compose : 1° de la somme de onze cent vingt-huit francs pour soins donnés à L., du dix-neuf août 1897 au vingt avril 1903 ; 2° de celle de soixante-dix-huit francs pour soins donnés à la dame L., mère de L., en 1897 et 1898 ; 3° et celle de dix-huit francs pour soins donnés à C., en juillet 1901,

Attendu que, de son côté, C., a, suivant procès-verbal du même huissier en date du dix-neuf août 1903, enregistré fait offres réelles à L., d'une somme de cinq cent vingt-cinq francs pour solde de ce qu'il pourrait lui devoir et l'a fait assigner à la date du deux novembre suivant en validité d'offres,

Attendu que ces demandes sont connexes et qu'il y a lieu de statuer sur elles par un seul et même jugement ;

Attendu, en la forme, que la saisie-arrêt pratiquée par L., contre C., ainsi que les offres réelles faites par ce dernier sont régulières ;

Au fond : Attendu qu'à la demande formée contre lui, C., oppose la prescription de l'article 2272 du Code civil et déclare que la somme de cinq cent vingt-cinq francs offerte par lui représente le montant des honoraires dus à L., jusqu'à concurrence de cinquante-sept francs pour soins donnés à L., pendant les deux années qui ont précédé le décès, c'est-à-dire du vingt et un avril 1901 au vingt et un avril 1903 et jusqu'à concurrence de dix-huit francs de surplus pour les soins donnés à C., personnellement en juillet 1901,

Attendu qu'en présence de cette exception, L., déclare réduire sa demande à mille trente-sept francs composée de celle de mille dix-neuf francs pour soins donnés à L., du vingt-huit août 1900 au vingt avril 1903 et de celle de dix-huit francs pour soins donnés à C.,

Attendu qu'il soutient que pendant cette période et tout au moins d'août 1900 à juillet 1901, c'est-à-dire jusqu'à une date postérieure au point de départ du délai de prescription il a donné des soins ininterrompus à L., qui était atteint d'une maladie continue,

Attendu que des documents du procès il résulte en effet qu'à partir du vingt-huit août mil neuf cent jusqu'en juillet 1901, les visites se sont succédé d'une façon ininterrompue, variant de deux à vingt par mois, sans qu'il se soit écoulé un intervalle de plus de quinze jours entre chacune de ces visites ;

Attendu que L., était atteint d'une maladie unique ayant donné lieu à diverses complications nécessitant des visites plus ou moins fréquentes, mais dans lesquelles on ne peut voir des maladies successives pouvant permettre de diviser la créance du médecin,

Attendu que cette unité de maladie et la continuité du traitement sont de nature à mettre obstacle à l'application de l'article 2272.

Par ces motifs :

Joint les deux instances ;

Rejette l'exception de prescription soulevée par C.,

Déclare ses offres insuffisantes et non satisfactoires,

Le condamne à payer à L., la somme de mille trente-sept francs et déclare bonne et valable la saisie-arrêt formée entre les mains de M.,

Ordonne que les sommes dont le tiers saisi se reconnaîtra ou sera jugé débiteur seront par lui versées entre les mains de L., en déduction ou jusqu'à concurrence de sa créance en principal intérêts et frais.

Et condamne C., aux dépens liquidés, non compris le coût du présent jugement, à la somme de.......... dont distraction au profit de Me L., avoué, qui affirme en avoir fait l'avance,

Ainsi fait et jugé en l'audience publique du tribunal civil de première instance d'Etampes (Seine-et-Oise).

Le mardi quinze mars mil neuf cent quatre, à laquelle étaient présents et siégeaient : Messieurs Levyfleur, président ; Passérieux et Marnet, juges ; en présence de M. Teyssier, procureur de la République, et assistés de M. Michaux, greffier.

La minute est signée :

P. LEVYFLEUR ET A. MICHAUX ;

En marge est écrit :

Case 8, reçu, décimes compris, quarante francs,

Signé : DEBAUCHEY,

Pour copie conforme,

REPORTAGE MÉDICAL

Le séjour des médecins à Châtel-Guyon. — La Société des eaux minérales de Châtel-Guyon vient d'envoyer dans son *Guide* 1904 une carte d'entrée gratuite en ses établissements, au casino et au théâtre pour la saison 1904 à tous les médecins de France et des colonies françaises, pour eux et leur famille. Elle prie ceux qui auraient été oubliés de vouloir bien lui réclamer cette carte.

Elle a le plaisir d'annoncer à MM. les médecins qu'elle a obtenu des principaux hôtels et villas de Châtel-Guyon des réductions importantes — de 10 à 30 % sur les prix de pension et de logement en faveur des médecins et de leur famille. Elle enverra la liste de ces hôtels et villas avec les réductions consenties à tous les médecins qui voudront bien en faire la demande.

Clinique Apostoli-Laquerrière. — MM. Laquerrière et Delherm commenceront incessamment une 2e série d'électrothérapie.

Programme : I-II. Electrophysique et appareils. — III. Electrophysiologie. — IV-V. Gynécologie. — VI-VII. Tube digestif. — VIII-IX. Maladies nerveuses. — X. Dermatoses. — XI. Maladies de la nutrition. — XII. Applications chirurgicales. Applications diverses (voies urinaires, affections articulaires, etc., etc). Prix : 50 fr.

Prière de se faire inscrire immédiatement. Pour tous renseignements, s'adresser à la clinique : 15, rue Montmartre.

Conférences de chirurgie dentaire. — Le docteur Siffre fera une série de conférences libres et gratuites de chirurgie dentaire à la clinique de l'école pratique d'odontologie, 2, rue Huyghens (206, bd. Raspail, coin du bd. Montparnasse).

Ces conférences sont surtout destinées aux docteurs en médecine qui voudraient ajouter à la mé-

decine générale la pratique de la chirurgie dentaire courante, dont l'application à la clientèle de province, éloignée du spécialiste, est appelée à rendre de si grands services aux malades.

Ces conférences formeront deux groupes :

1° Conférences théoriques :

Tissu de la dent. Dentition. Anomalies. Carie. Gingivite. Extractions.

Elles seront faites les mercredis, 1, 8, 15, 22, 29 juin à 5 heures du soir ;

2° Conférences cliniques, complémentaires des précédentes avec présentation et traitement des malades.

Elles seront faites les jeudis, 2, 9, 16, 23, 30 juin à 10 h. 1/2.

Nota. — Les conférences seront accompagnées de projections, démonstrations pratiques sur le fantôme, présentation de pièces, de modèles et de l'arsenal instrumental nécessaire au médecin pour réaliser les opérations simples et courantes de la chirurgie dentaire.

Association de la presse médicale française. — Réunion du vendredi 6 mai 1904. — Le vendredi 6 mai 1904, a eu lieu, au restaurant Marguery, la réunion statutaire de l'Association de la Presse médicale française pour le mois de mai, sous la présidence de MM. Lucas-Championnière, Robin, Delefosse, syndics. — Trente-deux membres y assistaient, dont M. Roché, avocat, conseil judiciaire.

Election d'un syndic. — M. Lucas-Championnière syndic sortant, a été réélu par acclamation, pour trois années.

Nominations. — M. le Dr Jocqs, rédacteur en chef de la *Clinique ophtalmologique*, à Paris, 43, rue Taitbout et M. le Dr Leredde, rédacteur en chef de la *Revue pratique des maladies cutanées et syphilitiques* à Paris, ont été nommés membres titulaires de l'Association.

Honorariat. — L'article additionnel suivant, relatif aux membres honoraires, a été voté, après discussion : *Les membres honoraires ont voix consultative, mais non délibérative.*

Vœu. — La réunion a, en outre, émis le vœu suivant, après une longue discussion, d'après la rédaction de M. le Dr Robin :

« *L'Association de la Presse médicale émet le vœu que soit considéré comme exercice illégal de la médecine et soumis aux lois existantes l'emploi, dans un article de presse, recommandant un traitement ou un médicament, du titre de docteur en médecine, quand le signataire de l'article n'est pas lui-même docteur en médecine d'une Université française* ».

Ce vœu sera transmis à la Société de médecine légale, où la question est actuellement à l'ordre du jour.

Délégation. — M. le Dr Pozzi est nommé délégué de l'Association au prochain Congrès de l'*Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord* (28-30 juin 1904, à Montréal).

Communications. — MM. les Syndics et le secrétaire général ont mis l'Association au courant des démarches qu'ils ont faites relativement aux diverses *expositions de l'été* 1904.

M. le Secrétaire général communique les documents reçus au point de vue de divers Congrès (*Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine*, etc.).

Ordre du jour. — *Séance du 3 juin* 1904 : 1° *Candidatures.* — 2° *Questions diverses.* — Après le dîner, causerie sur un sujet d'actualité. — Projections lumineuses de nombreuses photographies.

Le Secrétaire général,
Marcel Baudouin.

Concours de chirurgien adjoint des Hospices de Boulogne-sur-Mer. — Monsieur le Directeur. Vous avez eu l'obligeance, à notre prière, de vouloir bien annoncer dans votre journal le concours qui aura lieu à Amiens le 27 juin prochain, pour une place de chirurgien-adjoint dans les hôpitaux de Boulogne-sur-Mer.

Le registre d'inscription à ce concours devant être clos le 1er juin, nous vous serions infiniment reconnaissants d'annoncer une seconde fois le dit concours avant la fin du mois courant si possible.

Nous vous remercions à l'avance, Monsieur le Directeur, tout en étant à votre disposition pour le cas où vous croiriez devoir nous réclamer quelque chose pour le prix de l'annonce.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

Pour la Commission, l'Administrateur de service,
Dr Filliette.

Hôpitaux et Faculté.

Un concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 27 juin 1904 à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères n° 49.

On s'inscrit à l'Administration centrale, service du personnel, av. Victoria, à partir du jeudi 26 mai, jusqu'au vendredi 10 juin, inclusivement, de 11 h. à 3 h.

Gynécologie. — M. Pichevin, chef des travaux gynécologiques à l'Hôtel-Dieu, a commencé le mardi 24 mai, à 5 h. salle Saint-Jean, une série de 10 leçons pratiques de gynécologie et les continuera les mardis, mercredis et vendredis suivants. Le nombre des élèves est limité. Les droits à verser sont de 50 francs. On s'inscrit à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean.

Médecine opératoire. — Une deuxième série de travaux pratiques de médecine opératoire spéciale s'ouvrira le vendredi 24 juin 1904, à 1 h. 1/4 à l'école pratique de la Faculté de médecine. Le cours sera fait par M. Guibé, prosecteur.

Ordre des leçons : 1 Cure radicale de la hernie inguinale. — 2. Cure radicale de la hernie crurale. — Traitement de la hernie ombilicale. Traitement des éventrations. Technique des laparotomies. — 3. Traitement des hernies étranglées. Kélotomie. Bouton de Murphy. Entéro-anastomose. — 4. Anus artificiel temporaire (occlusion intestinale. Anus artificiel définitif (cancer du rectum). — 5. Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. Technique des sutures intestinales. Résection de l'intestin. — 6. Gastrostomie. Gastroentérostomie. — 7. Gastrectomie. Splénectomie. — 8. Résection des hémorrhoïdes. Résection de l'appendice. — 9. Extirpation du rectum. Recto-coccypexie. — 10. Chirurgie du foie : Suture. Cholécystostomie. Cholécystectomie. Cholédocotomie.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le droit à verser est de 50 francs. On s'inscrit au secrétariat (guichet n° 3) de midi à 3 h., les mardis, jeudis et samedis.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Cénas, de Meyzieu (Isère), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. Jeanne.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 23 4 JUIN 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

**Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.**

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La liberté du malade et l'indépendance du médecin.

A notre âge (triste privilège, hélas !), on trouve rarement l'occasion de s'étonner.

Eh bien ! nous sommes pourtant de plus en plus stupéfaits de voir persister et s'étendre, jusqu'à des conséquences invraisemblables, le malentendu qui divise le corps médical et les collectivités, qui, par leurs membres, sont en rapport *indirect* avec lui.

Nous avions bien cru nous être expliqués avec les Compagnies d'assurances sur les principes capables de servir de point de départ à une entente, si celle-ci offre une utilité pour la courtoisie des relations, et pour des études d'intérêt social, par exemple.

Nous leur avions dit : « Il faut admettre sans réserves :

1° Que le blessé a, comme tout citoyen, le droit absolu de réclamer les soins du diplômé qui a sa confiance ;

2° Qu'en donnant ses soins le médecin n'obéit qu'à sa conscience ; il ne se préoccupe que de l'intérêt de son client ;

3° Qu'entre celui-ci et lui-même, tout, et en particulier la confiance de l'un payée de retour par l'obligation de l'autre au secret professionnel, exclut rigoureusement la légitimité de l'intervention des intermédiaires intéressés, et laisse nécessairement en tête à tête l'obligeant et l'obligé jusqu'à la fin du traitement et jusqu'à la rémunération effectuée du service rendu ;

4° Que la loi oblige les responsables à assurer non pas les *soins* médicaux mais les *frais* médicaux et pharmaceutiques ;

5° Que, partant de là, ils n'ont pas de services médicaux à organiser, parce que ce serait faire pression sur la liberté du blessé ; pas davantage de tarifs à proposer, ceux-ci ne pouvant être présentés que par nous, à titre d'indications pour les juges et les experts ;

6° Qu'ils ont seulement le droit d'expertise, en ayant soin de s'entendre avec le médecin traitant pour exercer ce droit sans nuire au traitement et à la liberté du blessé. »

Nous leur avions dit tout cela ; les juges l'ont confirmé ; les Chambres le spécifient peu à peu, parce qu'on les oblige à le répéter, et parce que l'on ne rencontrera jamais un législateur qui, ayant interrogé sa conscience, son bon sens, son instinct de conservation, retrancherait aux autres une parcelle de ces droits naturels, inviolables, sans s'exposer à cette riposte : « Y consentiriez-vous pour vous-même ? »

Nous les avons priés de convenir, ces Directeurs de Compagnies, que le rôle du médecin ne pouvait être autre que celui-là et qu'il leur apparaît bien ainsi, quand ils l'appellent à leur chevet personnel ; que, s'il en était autrement, il n'y aurait plus qu'à placer tous les habitants du pays entre les mains de médecins militarisés, à supprimer la profession libérale de médecin civil, à fermer Ecoles et Facultés, etc., etc.

Or, voilà qu'après avoir paru acquiescer à la démonstration, un assureur des plus distingués, avec lequel nous repassions hier ces souvenirs de négociations antérieures, se laissait reprendre par la puissance de l'abus routinier, par l'instinct

de domination qui anime tout monopole, même inconsciemment sans doute, et nous posait, tout à coup, cette question, lui, un libéral, un fanatique de la mutualité, un adversaire du collectivisme :

« Alors, vous estimez toujours, en soignant nos sinistrés, que le client n'est pas la Compagnie qui vous paye, mais bien le patient dont vous pansez la blessure ? »

Et devant le « Parbleu ! » sorti de trois poitrines médicales à la fois, il se rendit compte de la profondeur du fossé, qui nous séparera toujours tant qu'on discutera sur un autre terrain que le respect absolu de la *liberté du malade* et de *l'indépendance du médecin*.

Médecins nous sommes, médecins nous devons rester. Il faut qu'aujourd'hui plus que jamais nous le fassions savoir à toutes les collectivités, et aux numéros prochains nous en démontrerons une fois de plus l'urgence.

Dr JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les pemphigus d'origine streptococcique.

Parmi les maladies décrites sous le nom de pemphigus, il en est d'origine microbienne externe. On sait aujourd'hui que le streptocoque peut provoquer sur la peau la formation de grosses bulles claires, séreuses. Chez le nouveau-né, il existe une affection bulleuse, contagieuse, assez souvent mortelle se développant dans les crèches ; cette affection est due au streptocoque (*pemphigus épidémique des nouveau-nés* ou mieux *impétigo pemphigoïde*).

Chez l'adulte, Unna a décrit un *impétigo streptogène* des mains caractérisé par la formation de bulles entourées d'une aréole érythémateuse et qui est d'observation fréquente.

Maintenant, dans quelle mesure les cas de pemphigus vrai, aigu ou chronique, sont-ils dus chez l'adulte au streptocoque ? Ce pemphigus aigu est-il une forme aiguë d'une maladie bulleuse microbienne qui a une forme chronique ? On ne saurait le dire, mais il est certain qu'à l'avenir les recherches doivent être nettement orientées dans la voie bactériologique.

Le travail de Krzystalowicz établit que dans certains cas dénommés pemphigus, les bulles contiennent du streptocoque — en est-il ainsi dans tous les cas — ou seulement dans quelques formes cliniques ? c'est ce que nous voudrions savoir.

La présence de lésions bulleuses sur les muqueuses est particulièrement remarquable dans certains cas. Lorsque les muqueuses sont intéressées, nous avons, en effet, une tendance naturelle à accuser une infection par voie interne. (Dr Leredde. *Revue des maladies cutanées.*)

La démonstration de la nature parasitaire de certains pemphigus les éloigne définitivement de la dermatose de Duhring, type de toxidermie et d'hématodermite.

L'hypohéma dans l'iritis.

D'après M. le Dr L. CHAUVIN, de Paris, l'hypohéma peut s'observer chez les iritiques dans trois circonstances différentes :

a) Dans une iritis récente particulièrement intense ; ici l'épanchement est imputable à l'acuité même de l'inflammation ;

b) Dans une iritis récidivante ou chronique ; il est lié alors à la rupture de synéchies ou de néo-membranes vasculaires ;

c) Enfin, chez des individus en imminence d'accidents glaucomateux ; dans cette dernière variété, il ne présente aucun rapport avec l'iritis. Il faut considérer l'hypohéma comme une complication de l'iritis ; il ne caractérise pas une forme clinique spéciale de cette affection, et la dénomination d'iritis hémorrhagique ne semble pas indiquée.

L'étiologie de cet épanchement est celle des hémorrhagies en général : altérations vasculaires, dyscrasies sanguines, hypertension artérielle, troubles vaso-moteurs ; à ces causes nous en ajouterons une dernière, à savoir : l'état local de l'iris.

Après une accentuation très marquée de la douleur et des symptômes inflammatoires de l'iritis, le sang apparaît brusquement et se répand en quantité variable dans la chambre antérieure. Sa résorption, le plus souvent rapide, peut cependant durer quelques semaines. Les récidives sont fréquentes ; plusieurs épanchements successifs peuvent se produire avant la terminaison de l'iritis.

Malgré les phénomènes graves qui ont précédé son apparition, l'hypohéma est d'un pronostic bénin ; il n'influe en rien sur la terminaison favorable de l'affection oculaire.

L'hypohéma ne réclame dans l'iritis aucune thérapeutique spéciale. On devra seulement redoubler de prudence dans l'emploi des mydriatiques, par crainte des phénomènes douloureux et hypertoniques, ou de nouvelles hémorrhagies. La paracentèse de la chambre antérieure sera réservée à des cas exceptionnels.

Traitement de l'eczéma aigu.

M. le Dr *Balzer* a fait, dernièrement, sur le traitement de l'eczéma aigu, une leçon clinique, dont nous signalerons les passages suivants :

L'eczéma est une affection qu'il ne faut pas tourmenter par des applications excitantes qui pourraient déterminer une extension très rapide. Je suppose, par exemple, que vous ayez à traiter un eczéma aigu des jambes. Tout d'abord, vous devez recommander le *repos* au lit ; le repos est d'une très grande utilité pour l'eczéma des membres inférieurs ; il diminue immédiatement la tension de la peau, et l'hyperhémie, ainsi que le gonflement et l'œdème inflammatoire. En second lieu, il faut faire éviter au malade toute cause d'irritation de la peau. Parmi les plus importantes, il faut signaler le grattage. Dans le même but, il faut éviter l'emploi de pommades, qui sont toutes irritantes, voire les plus anodines ; il faut supprimer même les savonnages, les bains et les simples lavages. Tout cela ne fait que favoriser l'extension de l'eczéma. Il y a cependant un traitement topique à faire. Voici en quoi il doit consister :

Supposons que nous ayons affaire à un eczéma assez étendu, à la période érythémateuse. Vous vous contenterez d'appliquer des *poudres*. Ce traitement par les poudres convient du reste non

seulement au stade érythémateux, mais aussi à la période de vésiculation. Les poudres employées sont des poudres inertes, telles que celles d'amidon, de talc, d'oxyde de zinc mêlées à parties égales ou au tiers. Les malades seront couchés et, après s'être saupoudrés abondamment de la poudre en question, seront enveloppés dans un drap. Ils resteront ainsi depuis 48 heures jusqu'à 3 ou 4 jours sans faire usage d'aucun traitement local. Au bout de ce temps, l'eczéma sera arrivé au stade de suintement. C'est alors qu'on pourra appliquer les compresses humides. Le liquide qui imbibe ces compresses doit être le moins irritant possible. On peut prendre simplement de l'eau bouillie, ou une liqueur légèrement astringente, comme l'eau blanche diluée au quart ou au tiers. Puis peu à peu, on augmentera sa concentration en la coupant d'eau seulement à parties égales. A l'étranger, on se sert, au lieu de l'eau blanche de la Liqueur de Béra, qui contient :

Eau distillée	100 gr.
Acétate d'aniline...........	8 gr.

Cette solution doit être employée en dilution, à la dose d'une cuillerée à bouche dans un demi-litre d'eau, comme dose faible.

On peut encore employer la solution de *tannin* à 4 ou 5 % ou bien d'alun à 1 %, la décoction de feuilles de chêne, de feuilles de noyer, de feuilles de roses, les fleurs de camomille. Ces moyens peuvent être appliqués quelques jours contre les eczémas suintants.

Comme substance plus active, on emploie le nitrate d'argent en solution au centième, au cinquantième, au vingtième. Le degré de concentration de cette solution doit être en raison inverse de l'étendue de l'eczéma à la surface du corps.

Cette solution est appliquée en badigeonnages. On peut en renouveler l'application tous les 3 ou 4 jours et dans l'intervalle on peut mettre des compresses humides.

Lorsque l'eczéma ne suinte plus, on emploiera des pommades peu irritantes. La meilleure est celle de Wilson, composée de :

Oxyde de zinc............	2 gr.
Vaseline..................	10 gr.

Il est bon pour faire cesser une desquamation qui se prolonge indéfiniment d'ajouter aux pommades à l'oxyde de zinc une petite quantité d'huile de cade, de 1 à 2 %.

Dans le cas où l'eczéma est très étendu, il est nécessaire d'ordonner immédiatement, en même temps que le repos au lit et l'enveloppement dans la poudre, le régime lacté absolu ou mixte. On entretient la liberté du ventre par des laxatifs, tel que le séné à la dose d'un à 2 gr.

Certains eczémas sont surtout pénibles à cause du prurit et il est nécessaire de combattre directement celui ci. On fait alors usage de lotions alcooliques faites rapidement. Je vous recommande en pareil cas la formule suivante :

Acide salicylique..........	1 gr.
Résorcine..................	1 gr.
Alcool.....................	100 gr.

Cette liqueur est appliquée sur les surfaces les plus prurigineuses en badigeonnages, à l'aide d'un pinceau de coton hydrophile.

On peut aussi employer quelquefois les crèmes, qui sont moins irritantes, lesquelles, vous ai-je dit, doivent être proscrites du traitement de l'eczéma aigu. On peut employer la formule suivante :

Lanoline....................	10 gr.
Axonge benzoïnée..........	30 gr.
Eau de roses..............	30 à 60 gr.

Destruction des rats des champs par le virus de M. Danysz

La *Rev. internat. de Clin. et de Thérap.* signale le procédé imaginé par M. Danysz, de l'Institut Pasteur, pour la destruction des rats des campagnes. — Ces rongeurs, connus sous le nom de Campagnols, constituent, à certaines époques, une véritable plaie pour nos campagnes. Dans le courant de l'automne dernier, ils ont exercé de tels ravages, dans certains départements du Sud-Ouest, que les pouvoirs publics se sont émus. Un crédit de 295.000 francs a été voté par les Chambres et mis à la disposition du ministère de l'Agriculture, pour entreprendre en grand la destruction des campagnols dans les districts ravagés.

Jusqu'alors, on avait recours pour la destruction des rongeurs aux préparations arsénicales et phosphorées. Or, leur toxicté est un obstacle sérieux à leur emploi en grand, sur de vastes étendues, susceptibles qu'elles sont d'empoisonner des animaux de ferme, le gibier, les oiseaux utiles, voire des sujets de notre espèce, et aussi de contaminer les sources.

M. Danysz fait intervenir un bouillon de culture ensemencé avec un microbe pathogène pour les campagnols et les souris, inoffensif pour les autres animaux et pour l'homme; les campagnols qui absorbent de ce bouillon virulent contractent une maladie de l'appareil digestif, qui les fait périr au bout de 4 à 10 jours; ceux qui n'ont pas consommé directement les appâts ne tardent pas à périr à leur tour, inoculés par les insectes, qui ont quitté les rats morts pour se porter sur les vivants, ou parce que, poussés par la faim, ils ont dévoré leurs semblables, morts des suites de l'absorption du virus.

L'efficacité du procédé Danysz a été maintes fois démontrée par des expériences de laboratoire. Sa valeur pratique a été mise en pleine lumière par une expérience en grand, organisée au mois de janvier dernier sur le territoire des communes d'Aigres, d'Oradour et de Mons, sous la direction de M. Danysz, et en présence de M. de Lapparent, inspecteur général de l'agriculture, expérience qui a pleinement réussi. Il en est résulté qu'une bouteille de virus Danysz, mélangée avec 5 litres d'eau, a suffi pour imprégner 7 kilos de pain sec ou 8 kilos de pain rassis ou 10 à 12 kilogrammes de graine (avoine écrasée), quantité d'appât suffisante pour traiter un hectare de terrain infesté.

Pour donner à nos lecteurs une idée de l'ampleur de la lutte actuellement entreprise en vue de débarrasser nos campagnes de leurs hôtes malfaisants, nous leur soumettons les chiffres suivants :

L'Institut Pasteur a déjà mis à la disposition des pays infestés plus de cent mille bouteilles de virus, préparé par culture du microbe virulent dans un bouillon, peptonisé au moyen de la pep-

tone pancréatique : plus de 1000 kilogrammes de peptone ont été employés à cet usage, ayant nécessité la mise en œuvre d'environ 14.000 kilogrammes de viande.

Si l'on songe qu'un bœuf moyen donne environ 200 kilogrammes de muscles dégraissés et désossés, on pourra facilement évaluer à 70 le nombre de bœufs qui ont été en cette circonstance, la proie des campagnols.

MÉDECINE PRATIQUE

Purgations et saignée

La médecine moderne, un peu hypnotisée par les progrès étonnants de la chimie, de la physique et de la bactériologie, paraissait devoir laisser encore longtemps dans l'oubli ce que le passé lui a légué de bon et de vraiment efficace. Dans ce bon héritage, il faut mettre au premier rang les purgations et la saignée.

Au XVIIe siècle, Molière plaisantait les médecins avec ces deux méthodes thérapeutiques, qui étaient érigées en panacées infaillibles ; de fait, il avait raison, car l'abus était évident ; mais la moquerie eut raison de la mode et les médecins, craignant le ridicule, abandonnèrent tout d'un coup leurs anciennes amours, la saignée, d'abord, les purgations, ensuite ; si bien qu'aujourd'hui, on ne saigne plus et on n'ose plus purger. Il est vrai que de nouveaux errements ont remplacé les anciens et que, si Molière revenait, il aurait encore deux favoris à démolir, les microbes et les sérums. En réalité, tout a du bon et il ne faut rien démolir : le tort que l'on a, c'est de faire trop attention aux plaisanteries ; quand on nous plaisante, rions avec les rieurs, mais que notre conduite n'en soit point influencée : les purgations, la saignée, ne doivent pas plus être laissées dans l'oubli que les sérums et la guerre aux microbes : ce qu'il faut surtout proclamer, c'est que le nouveau ne doit point faire faire table rase de l'ancien et que les découvertes modernes ne doivent pas prendre la place des connaissances du passé, qui sont solidement vérifiées et qui, en un mot, ont fait leurs preuves.

Donc, hâtons-nous de réhabiliter la saignée et les purgations et sachons les employer judicieusement.

I.

Peut-on remplir par les purgations répétées les indications de la saignée ?

Beaucoup de praticiens ont conservé l'habitude des purgations, mais ont perdu la coutume de saigner. « La saignée, disent-ils, est une spoliation beaucoup trop violente du sang ; par nos temps d'anémie et de neurasthénie, l'humanité n'a plus trop de sang ; il ne faut pas lui en retirer une goutte; d'ailleurs, ne possédons-nous pas, dans les purgatifs, un excellent moyen de faire à volonté des « *saignées blanches* » ? Les purgatifs salins ne sont pas débilitants ; ils font évacuer une abondante sérosité et, par ce mécanisme, ils débarrassent le sérum sanguin des toxines qui le surchargent et diminuent sa tension, dès qu'il y a un léger excès de cette tension. Ce sont de bien meilleurs moyens d'agir sur l'organisme intoxiqué que les saignées spoliatrices. »

Qu'y a-t il de vrai dans cette opinion ? C'est ce que nous voudrions examiner aujourd'hui.

D'abord, en quoi la saignée est-elle si spoliatrice ? La régénération des globules du sang n'est-elle pas la fonction la plus active de l'organisme ? Est-ce qu'une femme qui a eu une forte perte de sang ne parvient pas, quand elle n'a pas d'affection grave des viscères et des organes hématopoïétiques, à refaire tout ce sang en quelques jours ? Or quelle proportion y a-t-il entre une saignée faite volontairement et thérapeutiquement et une perte utérine ? Ne voit-on pas journellement l'extrême facilité avec laquelle certains blessés et surtout, certains sujets atteints d'épistaxis, d'hémorrhoïdes, d'hémoptysies, refont le sang qu'ils ont perdu ? Quand la quantité de sang enlevée ne dépasse pas certaines proportions, l'hématopoïèse est d'une incroyable rapidité. Et d'ailleurs, si l'on avait quelque doute sur la facilité de la régénération du sang, ne possédons-nous pas aujourd'hui un procédé d'une extraordinaire puissance pour favoriser cette régénération ? Nous voulons parler de la sérothérapie physiologique par la transfusion vasculaire ou sous-cutanée de la solution saline *stérilisée* de chlorure de sodium pur à 7 pour 1000. Au pis-aller, donc, l'objection de la spoliation du sang ne tient pas debout ; nous pouvons compter sur la nature pour refaire le sang enlevé et nous pouvons même aider cette puissante auxiliaire au cas où elle faiblirait dans sa tâche.

Et puis, dans les proportions où se fait généralement la saignée, peut-il vraiment y avoir un risque sérieux ? On prélève tout au plus 400 à 800 grammes de sang au grand maximum ; qu'est-ce que cela sur la masse totale évaluée à 7 litres ? Qu'est-ce surtout en comparaison des pertes naturelles (métrorrhagies, entéro et gastrorrhagies, hémorrhoïdes, grandes opérations chirurgicales) ?

En ce qui concerne l'action séro-évacuante des purgations, est elle si efficace qu'on le suppose sur la tension circulatoire ? Le liquide expulsé par l'intestin est un mélange de mucus, de débris épithéliaux, de sucs gastrique, intestinal et pancréatique et de bile ; la quantité émise varie entre 500 gr. et 1500 gr. environ, mais cette *saignée blanche* ne correspond pas à une proportion équivalente de plasma sanguin extrait. C'est une illusion de croire que l'on peut ainsi par une déplétion intestinale produire la diminution de tension sanguine ou la décharge toxémique que l'on veut obtenir ; en tout cas, ce résultat n'est pas assez rapide pour être vraiment efficace ; il faut, quand on veut réussir, agir d'une manière plus directe et plus instantanée ; or, la saignée seule donne ce bon résultat ; la diurèse même, qui est si puissante comme moyen de diminution de la tension sanguine, est un moyen infidèle et irrégulier, qui réussit une fois sur deux et qui, par conséquent, ne saurait convenir dans les cas urgents.

De plus, en ce qui concerne la toxémie, rien ne prouve que le simple lavage gastro-intestinal ou même la diurèse, quand l'état des reins permet de l'obtenir, soit suffisant pour enlever au sang une quantité appréciable de toxine nuisible ; une partie de ces toxines peut être fixée sur les globu-

les sanguins, et, en tout cas, peut être retenue dans le plasma sanguin et ne pas filtrer à travers les épithéliums glandulaires intestinaux ou rénaux. Quand il s'agit de cas urgents comme le sont presque toujours les cas de toxémie ou d'hypertension sanguine artérielle ou veineuse, toute perte de temps dans l'exécution de l'évacuation peut être funeste, on ne peut attendre sans danger sérieux, l'action des purgatifs et des diurétiques, qui est trop lente est trop incertaine.

Ainsi tombent toutes les objections formulées par les timides qui craignent la saignée. Il y a des situations pathologiques qui ne comportent pas la temporisation ; or, la prescription d'un purgatif ou d'un diurétique dans un cas d'urémie, de congestion encéphalique ou pulmonaire, d'hypertension vasculaire cérébrale, n'est qu'une sorte d'expectation déguisée, qui risque de coûter la vie au patient. On ne peut avoir l'espoir qu'une perturbation aussi grave que l'urémie ou que l'apoplexie cérébrale sera conjurée par une ou deux purgations, fût elle des plus violentes 30 ou 40 grammes d'eau-de-vie allemande.

II

Indications précises de la saignée.

Le nombre des cas où la saignée s'impose n'est pas aussi restreint qu'on le croit quelquefois. Pour beaucoup de praticiens, la seule indication formelle de la saignée, c'est l'urémie et l'éclampsie ; nombreux sont, cependant, les cas où une bonne saignée, faite à propos, sans tergiversations inutiles, aurait sauvé le malade.

Tout d'abord, en dehors des cas aigus où il y a urgence à saigner, comme il y a urgence à ouvrir la soupape d'une chaudière en excès de pression, on compte de nombreux cas où la saignée est indiquée.

Les sujets pléthoriques, rouges, congestionnés, à facies plantureux, à gros cou court, mangeurs forcenés et buveurs toujours altérés, ont absolument besoin d'être saignés régulièrement de 300 ou 400 grammes chaque semestre environ. C'est une ancienne pratique que l'on a eu le plus grand tort d abandonner. Croit on qu'une purgation mensuelle ou bimensuelle puisse suffire pour conjurer les accidents sans cesse menaçants chez de tels sujets ? Non, ce serait une illusion ridicule ; et pourtant, beaucoup s'en bercent. Il faut mettre ces malades à l'eau pure ou au lait, plutôt à l'eau, et les saigner tous les six mois ; voilà le vrai remède à leur état ; il n'y en a pas d'autres, ni purgations, ni iodure, ni dépuratifs.

A côté des pléthoriques et des congestionnés habituels, il faut placer les congestionnés par accident, les hémorrhoïdaires dont le flux s'est arrêté depuis longtemps, les femmes un peu robustes, au moment de la ménopause. Ces sujets ont besoin non seulement de purgations, mais encore de saignées légères de 100 à 200 grammes tous les 2 ou 3 mois, tant que leur malaise persiste. On ne risque rien à employer ce merveilleux moyen et on évite aux malades combien d'ennuis et d'accidents ?

Viennent ensuite les cas aigus où l'urgence impose une décision immédiate :

1° L'urémie et l'éclampsie, affections dans lesquelles, il faut faire plusieurs copieuses saignées de 500 à 600 grammes suivies de lavages du sang avec le sérum artificiel de Hayem au sulfate de soude, jusqu'à cessation définitive des accidents.

Surtout, point de temporisation, point de purges plus ou moins fatigantes, et certainement sans résultats sérieux ; c'est tout de suite, dès qu'on est prévenu et qu'on diagnostique l'urémie que l'on doit saisir sa lancette et fendre la médiane céphalique, la médiane basilique ou la saphène interne ;

2° L'hypertension vasculaire qui se manifeste par des céphalées pénibles et tenaces, par des épistaxis, par des troubles digestifs, par des accidents cardio-pulmonaires, par de l'albuminurie et quelques œdèmes, est aussi justiciable de la saignée à petites doses 300 grammes environ et nécessite à sa suite l'emploi des purgatifs, des diurétiques et des sudorifiques.

3° La congestion cérébrale et l'apoplexie encéphalique sont de très graves crises où la saignée peut parfaitement donner des succès remarquables ; malheureusement, on hésite à la pratiquer généralement par crainte de l'opinion moyenne et de l'entourage. C'est une erreur profonde, et si, au lieu de se borner à quelques ventouses, quelques sangsues et quelques grammes d'eau-de-vie allemande, on s'armait bravement de sa lancette, on tirerait bien des apoplectiques du coma.

4° La pneumonie franche aiguë, au début, est justiciable d'une bonne saignée de 500 à 600 grammes, quoiqu'en disent encore beaucoup de modernes, on sauvait plus de pneumonies par la saignée précoce qu'aujourd'hui, on en réchappe par la digitale à hautes doses et même par l'alcool. Beaucoup d'auteurs ont essayé d'y revenir ; ils se sont heurtés à cette force d'inertie que les modernes éducateurs de la génération médicale actuelle ont provoquée avec leurs beaux conseils *d'expectation*. Malgré toutes les critiques et tous les sarcasmes lancés contre les médecins plus ou moins audacieux, ce n'est pas en se croisant les bras devant un apoplectique ou devant un pneumonique que l'on pourra espérer le guérir et gagner la confiance des malades et de leur entourage. Il faut agir et surtout agir intelligemment. Or la médication la plus active et la plus sûre est toujours la médication directe : la chaudière est en excès de pression, elle va éclater, il faut ouvrir immédiatement la soupape ; il n'y a pas à sortir de là et tous les prétendus théoriciens qui veulent nous prouver qu'on peut agir moins brutalement, en obtenant une déplétion indirecte par des robinets intermédiaires ou par des condensations habilement provoquées, ne sont que des ergoteurs funestes, au nez de qui la chaudière ne manque pas de sauter. C'est l'image de ce qui arrive pour les timides médicastres qui prétendent conjurer un excès suraigu de tension sanguine par des purges on des ventouses.

Pour terminer, nous n'omettrons pas de trancher radicalement la question de savoir s'il faut user de la saignée locale par les ventouses ou par les sangsues ou de la saignée générale.

Evidemment, la saignée locale n'est pas mauvaise, mais elle est cent fois insuffisante et incertaine. Rien ne peut remplacer la saignée générale Replaçons donc la lancette dans nos trousses d'urgence et ne la cachons plus : ayons-la, au contraire, toujours à portée et à la première indication, pas d'hésitation : faisons asseoir ou coucher le malade, découvrons le pli du coude, compri-

mons les veines avec une bande et, après avoir bien nettoyé la peau à l'acool pur, hardie la lancette ct pas de défaillanees ! ! !

Dr Paul Huguenin.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le sérum antistreptococcique dans la fièvre puerpérale.

Guizzetti relate six observations de fièvre puerpérale grave, traitée par le sérum antistreptococcique. Une des six malades suecomba ; elle avait d'ailleurs présenté, dès le début, les signes d'une infection mixte. Le sérum employé provenait de l'Institut Pasteur ; il était polyvalent, c'est-à-dire qu'il avait été prélevé sur un cheval soumis à différentes variétés de streptocoques. La dose totale varia de 50 à 100 centimètres cubes, par fractions de 10 centimètres cubes.

L'action du sérum parut excellente. La fièvre tomba rapidement, et, en même temps, tous les signes d'infection disparurent, en particulier l'obnubilation. On n'observa jamais de septieémie, ou bien quand elle avait déjà manifesté sa présence, son évolution resta bénigne ; les métastases disparurent rapidement.

D'une manière générale, la guérison fut accélérée ; néanmoins l'état local de la muqueuse utérine se montra peu influencé par le sérum ; ce que l'auteur explique en y admettant la présence d'autres germes infectieux à côté du streptocoque. Cependant il n'observa ni lymphangite, ni phlébite. Pehan (Vienne) préconise également ce mode de traitement (18 cas avec bons résultats).

Glycérine et lymphe vaccinale.

En 1902, le Dr Levy a signalé pour la première fois quelques complieations heureusement légères, qui s'étaient produites après l'emploi, pour la vaccination, d'une pulpe de veau glycérinée, très jeune, âgée de 24 heures. Autour des pustules chez les enfants, étaient apparues de la tuméfaetion et une rougeur intense ; chez quelques sujets même,il se produisit de petits abcès ; chez d'autres, il y eut dans la suite une adénite axillaire suppurée. Huit jours après, cette même lymphe servit à de nouvelles inoculations sans amener aucun aecident secondaire. A l'examen baetériologique, on trouva dans cette pulpe glycérinée 6.300 à 6.400 germes par centimètre cube ; c'étaient surtout le staphylocoque pyogène, puis des sarcines, et le Bae. mesentericus vulgatus.

Pour expliquer ces complications, trois hypothèses se présentaient à l'esprit : ou bien la lymphe avait été souillée par des germes pathogènes ou pyogènes, soit sur le veau, soit pendant sa préparation, ee qui paraît improbable ; ou bien, le virus-vaecin contenait à l'état frais des germes virulents. Cette dernière supposition concorderait avec l'opinion émise par Freyed, direeteur de l'Institut vaccinal de Stettin, lorsqu'il dit : « Les manifestations inflammatoires sont d'autant plus à craindre que la lymphe est plus fraîche ». En troisième lieu, on pouvait supposer qu'il y avait combinaison de ces deux facteurs.

L'observation de Levy ne permettait pas de résoudre la question ; néanmoins, il était certain que, par le seul fait d'avoir vieilli de huit jours, la pulpe glycérinée était devenue inoffensive.

A l'occasion d'une petite épidémie de variole, l'auteur eut encore l'occasion d'observer le même phénomène. La glycérine semble donc affaiblir d'une manière lente, mais certaine,le virus-vaccin, ou les microorganismes seeondaires.

Levy fit aussi sur lui-même une constatation très intéressante : six ans auparavant, il avait été pour la dernière fois vacciné avec succès ; il s'inocula avec du vaccin de 12 semaines, mais sans résultats ; même insuccès 6 jours plus tard avec du vaccin de 5 semaines. Seul le vaccin de 5 jours inoculé au bout de 4 semaines donna trois pustules typiques : il semblait donc doué d'une virulence supérieure à celle du vaccin plus aneien. Employée chez des personnes qui n'avaient plus été vaccinées depuis 25 et 30 ans, cette lymphe de 5 jours amena des accidents secondaires et des phénomènes réactionnels intenses.

La glycérine semble donc avoir sur le virus-vaccin une action d'atténuation. Plus la pulpe glycérinée vieillit, moins elle est active ; si l'on veut éviter les phénomènes réactionnels, il sera bon de ne l'employer qu'au bout d'un mois. La lymphe jeune pourra, sans amener d'accidents, être utilisée chez des sujets réfractaires à des inoculations faites avec une lymphe plus âgée ; elle sera particulièrement indiquée chez les enfants et chez les personnes qui depuis longtemps n'auraient plus été revaceinées. (*Münch. Med. Woch.*, 1904, n° 7.)

Sur la prophylaxie de l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés.

Avant l'ère antiseptique, le nombre des cécités dues à la blennorrhagie, sous la forme d'ophthalmie des nouveau-nés, était considérable ; c'est ainsi qu'en 1829, cette morbidité spéciale atteignait la proportion de 50 %. Depuis vingt années, la méthode prophylactique de Crédé, introduite dans la pratique, a pu abaisser la morbidité à 0,1 ou 0,8 %, ainsi qu'en témoignent la plupart des statistiques ; en outre, les quelques ophtalmies, qui néanmoins parviennent à se développer, présentent une évolution elinique plus favorable ; elles oceasionnent moins souvent des opacités de la eornée.

En ces derniers temps, une réaction s'est opérée, aceusant le nitrate d'argent de produire des catarrhes oculaires ; d'autres méthodes ont été proposées : les instillations de protargol à 20 %, celles d'acétate argent (1 %) avec ou sans lavage à l'eau salée.

Après une étude comparative de ces divers procédés, Dauber (*Münch. med. Woch.*, 1904, n° 7) estime que tous trois (nitrate d'argent, protargol, acétate d'argent) présentent autant de sécurité dans la prophylaxie de l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés. Mais il aecorde la préférence à la méthode de Crédé (instillation de nitrate d'argent à 1 % et lavage consécutif à l'eau salée), qui,moins que toutes les autres,produit des catarrhes oeulaires par irritation.

La suprarénine en rhino-laryngo-otologie.

Depuis que les propriétés hémostatiques de l'extrait de capsules surrénales sont connues, trois préparations du principe actif de ces organes ont vu le jour : l'épinéphrine en Amérique, l'adrénaline en Angleterre, et enfin la suprarénine.

La suprarénine se trouve dans le commerce sous forme de base libre, cristallisée, ou bien sous forme de chlorhydrate. Ce sel est dissous dans une solution de chlorure de sodium (0,9 %) à la dose d'un gramme par litre. A ce liquide primitif peuvent sans inconvénients s'ajouter différents composés, suivant les besoins de la thérapeutique (cocaïne, atropine, sulfate de zinc).

Le Dr Hecht (*Münch. med. Woch.*, 1904, n° 5) emploie pour faire un diagnostic la dilution au titre de 1/5000 ou 1/4000, et pour une opération celle de 1/2000 à 1/1000.

Grâce à cette substance, il est possible d'entreprendre, aujourd'hui, en oto-rhinologie, des opérations qu'on devait autrefois différer, en raison des hémorrhagies abondantes qui venaient obscurcir le champ opératoire, troubler le chirurgien, et nécessitaient des tamponnements continuels. Dans certaines circonstances même, la narcose devient inutile.

L'action de la suprarénine est purement locale, et se limite exactement à la région impressionnée par cette substance. Elle permet donc de réaliser, dans le nez par exemple, une hémostase limitée soit à la cloison des fosses nasales, soit aux cornets, et faire sans la moindre perte de sang l'ablation d'une épine cartilagineuse ou osseuse, l'ablation d'un papillome, ou d'un cornet hypertrophié.

Avant l'opération, Hecht laisse en contact pendant un quart d'heure avec la région malade un tampon bien exprimé, imbibé d'un mélange de suprarénine et de cocaïne (suprarénine 1/2000, cocaïne 10 %). Si la muqueuse, après ce laps de temps, n'est pas encore complètement blanche, il emploie à nouveau la suprarénine au millième ; si l'anesthésie n'est pas absolue, il fait un badigeonnage avec la cocaïne à 20 %.

Pour l'ablation des polypes, pour l'ouverture des cellules ethmoïdales, et des sinus frontaux, l'opération se fait par étapes ; aussi faut-il de temps en temps recourir au remède pour anémier et anesthésier les zones nouvelles, qui se présentent à la vue. L'intervention se fait presque sans douleur ; elle est assez rapide.

S'il est nécessaire d'amputer la partie postérieure du cornet inférieur, on pratique des attouchements sur les 2/3 antérieurs du cornet, dont la tuméfaction disparaît aussitôt ; de la sorte se trouve à la fois délimité et découvert le champ opératoire.

En otologie, l'auteur a pu, grâce à l'application de suprarénine-cocaïne pendant 15 ou 30 minutes, pratiquer sans douleur et sans anesthésie l'ablation du marteau et de l'enclume, nécessitée par une carie des osselets.

L'extrait de capsules surrénales ne semble pas donner les résultats attendus dans la sténose des trompes d'Eustache.

Par contre, il est d'une grande utilité pour arrêter les hémorrhagies nasales intenses ; mais c'est là un remède symptomatique, qui ne doit pas remplacer la thérapeutique causale.

La suprarénine est très appréciable dans les hémorrhagies consécutives à l'ablation de l'amygdale palatine. Jamais son application sur les muqueuses n'a déterminé de complications.

THÉRAPEUTIQUE

Une opinion personnelle sur le Thiocol.

M. le Dr Pinet a publié dans les nos 19 et 20 du *Concours médical* une contribution fort intéressante à l'étude du Thiocol. Ce travail nous a suggéré quelques réflexions qui, ayant un caractère pratique, seront de nature à intéresser les lecteurs du journal.

Ainsi qu'un grand nombre de confrères, nous ordonnons le Thiocol dans notre pratique, principalement contre les affections tuberculeuses du poumon, et nos observations personnelles nous permettent de parler en connaissance de cause de ce succédané de la créosote.

Tout d'abord, nous tenons à reconnaître, avec M. le docteur Pinet, que le thiocol est un excellent agent antibacillaire, à côté du soufre dont les propriétés toniques et stimulantes exercent une action générale sur l'organisme » (S. Bernheim *Traité de médecine* (vol. 3, p. 370) et qui, s'éliminant par les poumons, les aseptise. Le thiocol contient 52 0/0 de gaïacol principe actif de la créosote.

Il n'est donc pas étonnant que la clinique nous permette de répéter au sujet du Thiocol ce que M. le prof. Bouchard écrivait de la créosote... Au bout de huit à quinze jours, dit M. Bouchard, l'expectoration diminue, puis la toux devient moins fréquente et moins pénible, l'appétit renaît, la fièvre est moins forte, les forces reviennent, les sueurs nocturnes se suppriment. L'amaigrissement cesse et bientôt le poids augmente. Enfin les signes locaux s'amendent, les râles bullaires deviennent moins abondants, les souffles d'induration s'atténuent et disparaissent ». (*Thérapeutique des maladies infectieuses*, 1889.)

Mais ce qui surtout nous a frappé dans nos observations personnelles, c'est le relèvement rapide de l'état général.

Faut-il attribuer ce résultat à une action bacilicide du Thiocol ? Nous ne le pensons pas. Si, en effet, les recherches de Guttmann, Pilatte, Schneller, Bouchard, attribuent à la créosote des propriétés antiseptiques directes sur le bacille de Koch on n'ignore pas non plus que des travaux fort importants, ceux de Cornet entre autres, qui répéta dans le laboratoire de Koch les expériences de Bouchard, sont arrivés à des résultats opposés. Burlureaux, qu'il est impossible de ne pas citer quand il s'agit de la tuberculose, réfute dans son livre l'opinion d'après laquelle la créosote serait un antiseptique du milieu intérieur, et il lui refuse toute action spécifique sur le bacille (*Traitement de la tuberculose par la créosote*, 1894). C'est encore l'opinion de S. Bernheim : « Concluons, dit-il, que la médication créosotée, sous quelque forme qu'on l'expérimente, à quelque dose que ce soit, n'a aucun titre pour être « spécifique » de l'infection tuberculeuse ». (*La tuberculose et la médication créosotée*, 1901.) Et plus loin

★

dans le même volume, il ajoute : « On ne peut plus soutenir aujourd'hui que la médication créosotée agisse directement sur le bacille pathogène au même titre que ferait une antitoxine ou vaccin. La créosote n'agit pas sur la graisse ». G. Lyon lui-même, dans son *Traité de thérapeutique clinique*, 1902, n'est pas moins catégorique : « Le temps est passé, dit-il, où l'on espérait, à l'aide de fortes doses, détruire le bacille de la tuberculose ».

M. le docteur Pinet cependant admet l'action antibacillaire directe du Thiocol. « Mes expériences personnelles, dit-il dans le nº 19 du *Concours*, me permettent d'affirmer que, sous l'influence du Thiocol, le nombre de bacilles de Koch diminue très rapidement. »

Mais la diminution du nombre des bacilles implique-t-elle forcément qu'il faut attribuer une action spécifique au médicament absorbé. Ce médicament, en effet, peut agir sur l'organisme en relevant ses dépenses, en stimulant ses fonctions. Il peut être, en un mot, un médicament dynamogénique. La diminution des bacilles n'est alors que la conséquence du relèvement marqué de l'état général. Les forces de résistance étant accrues, celles de l'attaque diminuent. Or nous verrons dans un instant que c'est là précisément ce qui se passe avec le Thiocol.

Cependant il est un fait que nous admettrons volontiers : c'est l'action antiseptique réelle qu'exercent la créosote et ses dérivés sur les microbes de l'infection secondaire associés aux bacilles de Koch (Marfan, Marigliano). En ce sens, l'action antiseptique du Thiocol produit de remarquables effets. Il détruit en effet les germes que combattait la principale armée des phacocytes et lui permet de marcher à l'attaque du bacille lui-même ; c'est là une action antiseptique, mais non spécifique, nous le répétons.

Mais ce qu'il faut reconnaître à la créosote, c'est une action stimulante de premier ordre sur les fonctions organiques (Burlureaux, Robert Simon). Cette propriété, du reste, est admise par un grand nombre d'auteurs. Arnozan (*loc. cit.* p. 239) écrit : « Le médecin considérera cette substance non pas comme un spécifique de la tuberculose, non pas comme un antitoxique, mais comme un médicament propre à exciter les activités cellulaires, à relever les défenses de l'organisme et l'associera aux autres moyens de traitement (cure d'air et de repos, alimentation, etc.) » ; et S. Bernheim, *loc. cit.*, page 52, résume la même pensée de la manière suivante : « C'est en modifiant le terrain qu'agit la créosote. » Oui, voilà ce qu'il faut retenir.

Certains auteurs, en particulier Sahli, ont attribué à la créosote de véritables vertus stomachiques. Cette propriété n'est malheureusement pas constante, car il faut un estomac résistant pour supporter la créosote. Pour la rendre véritablement stomachique, il lui faudrait enlever sa causticité sur les muqueuses et ses dangers d'intolérance. Or ces deux graves défauts n'existent pas pour le Thiocol. « L'introduction du groupe sulfuré dans le gaïacol supprime les propriétés toxiques et irritantes de la substance mère. » (Mendelsohn, *Deutsche Aerzte Zeitung* nº 21 1900.)

Rossbach et Jaquet, de Bâle, ont montré que le Thiocol n'a aucune toxicité et qu'il ne cause jamais d'intolérance aux doses usuelles de 2 à 6 gr. Son action stomachique du reste est reconnue par de nombreux expérimentateurs. C'est ainsi que Mendelsohn a pu dire : « Son action sur l'appétit est si satisfaisante qu'en dehors de toute propriété, le thiocol mérite d'attirer l'attention comme stomachique, j'ai pu constater cette action de la manière la plus exacte » (loc cit.). Schnirer, Maramaldi, sont du même avis. Tout récemment, Weimberg, dans un travail fort intéressant (*Aertzlichen Centralzeitung*, nº 13, 1904), relate les effets remarquables du Thiocol comme stomachique et comme stimulant de la nutrition. Nous-même, dans la plupart des cas traités avons fait la même observation. Même dans un cas d'intolérance stomacale absolue vis-à-vis de tout médicament, le Thiocol n'a produit aucun trouble. Cette observation est tellement typique que nous ne pouvons résister au désir de la résumer.

Il s'agissait d'un homme de 38 ans, neurasthénique, atteint aussi d'une bronchite chronique datant de 6 ans, mais dont la localisation au sommet droit faisait, en l'absence d'examen microscopique, soupçonner une tuberculose cependant bien tolérée. A certaines époques variables, il avait de véritables crises gastriques extrêmement douloureuses, et la diète hydrique était formellement imposée. Les médicaments ordonnés pour calmer ses souffrances n'étaient pas tolérés, même à dose minima, et l'opium, la belladone, produisaient d'emblée des phénomènes d'intoxication. La morphine seule, en injection hypodermique, calmait ses souffrances, mais déterminait des nausées, parfois des vomissements, et toujours des démangeaisons opiniâtres. Appelé auprès de ce malade, en proie à une toux violente, je constatai un amaigrissement assez accentué et des signes de bronchite généralisée avec de nombreux râles humides au sommet droit. L'alimentation était des plus difficiles. Le malade ne pouvait supporter les laitages, parce qu'ils étaient l'origine de fermentations excessives, quelques panades seules étaient tolérées. Des injections de cacodylate de soude avaient été faites, elles avaient ramené l'appétit que le malade ne pouvait satisfaire, car le moindre aliment renouvelait ses crises. Ce remède avait dû être abandonné.

Pour agir sur les lésions pulmonaires, et confiant dans les qualités stomachiques du Thiocol, j'ordonnai à tout hasard ce produit à la dose de 6 cuillerées à café par jour ; le résultat fut absolument inespéré. Non seulement l'estomac toléra *sans difficulté* le Thiocol, mais au bout de quelques jours, l'alimentation fut possible ; en 5 jours, la crise gastrique était passée, la toux était calmée, l'expectoration diminuée, les forces commençaient à revenir et surtout les digestions étaient possibles.

Cependant, et ceci est important à signaler, le malade n'était pas guéri de sa dyspepsie habituelle. Par suite, le Thiocol, toujours bien toléré, continuait à agir sur l'état général, mais il ne parvint pas à détruire les fermentations ; le régime seul parut atténuer les souffrances et éviter le retour des crises gastralgiques. Je me hâte de dire que cette dyspepsie avait précédé longtemps l'état neurasthénique et que j'en fais une gastropathie primitive et non pas secondaire.

Nous voilà donc déjà en contradiction avec M. le Dr Pinet. M. le Dr Pinet a observé aussi l'action stomachique du Thiocol, mais il a noté des guérisons de dyspepsie grâce à ce médicament. Il est probable qu'il s'agissait dans ce cas non pas de gastropathies primitives, mais de dyspepsies liées à la tuberculose ou à une dénutrition géné-

rale; dans ce cas, en effet, l'action du Thiocol, en relevant l'appétit, les forces, en stimulant l'état général, a pu guérir par suite la dyspepsie. Du reste, les gastropathies de causes locales ne sauraient trouver dans les médicaments un traitement rationnel. N'oublions pas les travaux de Hayem : ils affirment que les dyspepsies de cause médicamenteuse sont plus nombreuses qu'on ne croit et contentons-nous, en thérapeutique, de la formule que Cruveilher appliquait à l'ulcus rodens et que les recherches contemporaines ont généralisées aux autres gastropathies: repos de l'estomac. Joignons-y seulement le régime et l'hygiène.

M. le Dr Pinet ajoute que le Thiocol est un excellent agent de désinfection stomacale et intestinale. Ces sortes de désinfections sont bien aléatoires pour que le Thiocol, dont le pouvoir antiseptique n'est pas très élevé, puisse faire mieux que le benzo-naphtol, par exemple, ou l'acide lactique. Il est vrai que le Thiocol contient une légère quantité de soufre, mais insuffisante pour agir convenablement sur l'intestin et il ne faudrait pas, par exemple, comme le veut M. le Dr Pinet, faire du Thiocol le médicament de choix dans l'entérite muco-membraneuse, bien que Bourget, de Lausanne, ait préconisé dans cette affection des lavements à l'ichtyol.

Il est cependant un cas où l'action antiseptique du soufre, et l'action astringente du gaïacol, signalée par Reichenbach, peuvent donner les résultats. C'est dans l'entérite tuberculeuse. Marfan a d'ailleurs signalé des cas de ce genre, où la disparition de la diarrhée a succédé aux lavements créosotés.

Pour nous, ce n'est pas dans le traitement des affections gastro-intestinales caractérisées qu'il faut préconiser le Thiocol. Gardons nous d'une généralisation trop hâtive ; le Thiocol a des vertus stomachiques, stimulantes, dynamogéniques, voilà ce qu'il faut bien savoir. Nos observations nous ont toujours montré que le Thiocol, parfaitement toléré par l'estomac, excite l'appétit, rend les digestions faciles, relève les forces et l'état général. Le tuberculeux peut, en l'employant, supporter sans crainte d'intolérance une suralimentation même intensive. Et ici encore nous sommes obligés de relever dans l'article de M. le Dr Pinet une véritable contradiction. En effet, après avoir vanté les effets stomachiques et antidyspeptiques du Thiocol, après avoir expliqué que la suralimentation est souvent une cause de déperdition pour le malade, en raison des troubles gastriques et intestinaux qu'elle engendre, M. le Dr Pinet écrit ces lignes : « Depuis que j'emploie systématiquement le Thiocol, j'ai renoncé à la suralimentation intensive ». Et pourquoi cet abandon ? Puisque M. le Dr Pinet reconnaît au Thiocol des vertus antidyspeptiques véritables, pourquoi redoute-t-il alors les dangers de la suralimentation ? N'a-t il pas au contraire, dans le Thiocol, un bon moyen de les éviter.

Il semble en effet que c'est le cas ou jamais de prescrire une suralimentation intensive, car en lui associant le Thiocol on stimule les fonctions digestives en même temps que l'état général.

Vient-il à l'idée des médecins de supprimer la suralimentation, parce qu'ils prescrivent le cacodylate de soude ou l'arrhénal ? Evidemment non. Car les deux moyens thérapeutiques se combinent, s'entr'aident, pour le plus grand bien des malades et pourtant ces arsenicaux sont bien loin d'être stomachiques.

Voilà d'ailleurs où nous voulions en venir. Le thiocol, par ses vertus eupeptiques, par son action dynamogénique, permet aux malades une suralimentation puissante sans dangers d'intolérance. Il devient même son auxiliaire précieux. C'est ainsi que, chez tous nos malades, nous constations après le retour de l'appétit, une augmentation de poids progressive, et bientôt l'atténuation très sensible des signes stéthoscopiques.

Or tandis qu'un grand nombre d'expérimentateurs attribuent l'amélioration pulmonaire à l'action antiseptique du Thiocol, nous pensons, sans la nier, que c'est surtout l'action stomachique et dynamogénique du Thiocol qui sont les véritables causes. Elles facilitent la suralimentation, elles stimulent l'organisme, et, d'un tuberculeux amaigri et défaillant elles font un malade qui engraisse et qui résiste, elles provoquent ainsi la cicatrisation des ulcérations bacillaires.

Voilà comment nous expliquons les excellents résultats de la médication Thiocolée. En cela nous sommes entièrement d'accord avec les doctrines actuelles qui font de la diététique et de l'hygiène les deux conditions essentielles du traitement antibacillaire.

Le Thiocol donc, médicament stomachique, n'affaiblira pas l'estomac, il n'attaquera pas « cette place d'arme du phtisique » (Hayem); agent dynamogénique, il sera le « régulateur des fonctions si obscures de la nutrition » (Burlureaux) ; auxiliaire précieux de la suralimentation, il en écartera les dangers; il guérira, enfin, la tuberculose, non pas en détruisant le bacille lui-même, mais en modifiant le terrain. C'est là, du reste, ce que nous devons avant tout rechercher dans l'état actuel de la science, car suivant l'expression de Renaudot : « le Terrain prime la graine ».

Dr M. Nigoul,
ancien interne de l'Hôpital Péan.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La sérothérapie antidiphtérique préventive fait-elle partie des précautions à prendre pour faire cesser les épidémies

Loi du 15 février 1902. Art. 1er, § 1o.

1o A Saint-Arnoult, le Dr Poupinel est maire. — Il me charge du soin de prendre les *précautions de nature à faire cesser*, etc....! Entre autres précautions je prends celle d'injecter préventivement ; M. le Maire m'honore en conséquence.

Il se retourne ensuite vers le département et il lui dit : La commune a payé tant et tant au médecin ; vous devez venir en aide à ma commune ; montrez un peu votre argent !

Le département répond : Flûte ! Je ne considère pas que la sérothérapie préventive ait été préconisée par une AUTORITÉ SCIENTIFIQUE SUFFISANTE pour qu'on puisse qualifier cette sérothérapie comme une *précaution de nature à faire cesser*, etc.

Ça c'est dur ! Pour Poupinel ancien interne des hôpitaux de Paris, auteur d'une étuve à stériliser les pansements, c'est sévère. Pour moi, petit médecin de village, (a. i. h. P. aussi) c'est une leçon de modestie méritée.

Mais j'ai vaguement entendu parler d'un certain Roux et de quelque chose qui s'appelle l'Institut Pasteur, et je crois savoir que ces gens (qualifiés, je le pensais au moins, autorités scientifiques) préconisaient la sérothérapie préventive.

Je connais assez bien une institution scientifique, jusqu'alors réputée Haute Autorité, qui vient d'accueillir un Dr Netter. médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris. Or, il se trouve que ce Dr Netter, chargé alors des diphtéries dans un hôpital d'enfants assez connu (l'Hôpital Trousseau), méritait d'être Membre de l'Académie de Médecine (Section d'Hygiène) pour un tas de bonnes raisons scientifiques dont je ne retiendrai qu'une seule ; il a, *avec succès*, lutté à Paris, dans un quartier pauvre et malsain contre la diphtérie — en allant INJECTER PRÉVENTIVEMENT du sérum de Roux aux frères et sœurs de ses petits malades.

Je ne vous célerai pas plus longtemps que Poupinel, ordonnant et ordonnançant, et moi, conseillant et exécutant, nous considérions notre humble *autorité scientifique* comme très solidement appuyée par les HAUTES AUTORITÉS énumérées ci-dessus et par toutes celles que nous ne pouvons énumérer faute de place.

Quelle *erreur fut* la nôtre !

2° A Souchamp ! Là c'est plus simple ; en me refusant. sans me refuser, tout en me refusant de me payer, M. le maire me met dans le cruel embarras.

Sous le coup de la menace d'une épidémie, je lui ai bien fait croire que la *sérothérapie préventive était une précaution scientifique de nature à faire...!*

Mais le danger passe, et avec lui la période de suggestibilité, je suis un homme perdu : adieu mes honoraires !

La prochaine fois, si je n'étais un imbécile indécrottable, comme je devrais laisser s'étaler l'épidémie bienfaisante......, bienfaisante pour ma pauvre escarcelle !

Que va me dire M. le juge de paix, quand j'irai devant lui avec M. le Maire ? Quels considérants accablants :

« Disons que ce médecin a abusé de la bonne « foi d'un simple Maire de village pour lui faire « adopter des mesures d'hygiène qui ne sont ap- « prouvées par aucune AUTORITÉ SCIENTIFIQUE NO- « TABLE......! »

« Disons que .... et le condamnons : 1°).. « .... 2°)........ 3°) à rembourser à la « commune le prix du sérum gaspillé ! »

Et allez donc !

Jean CAMESCASSE.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Appel aux syndicats.

Les représentants d'un certain nombre d'Associations de Défense Professionnelle et de Syndicats Médicaux, Pharmaceutiques, Dentistes et Sages-Femmes de France réunis à l'Hôtel des Sociétés Savantes, le mercredi 11 mai, sous la présidence du Dr Gairal, membre du Conseil Supérieur de la Mutualité et Président de l'Union des Syndicats Médicaux, ont délibéré longuement sur la question mutualiste et spécialement de nos rapports avec les Sociétés de Secours Mutuels (Maladies).

Des déclarations et avis divers ont été exprimés.

S'inspirant de l'ensemble des opinions émises, l'Assemblée décide d'adopter au cours de ses travaux une attitude ferme, mais empreinte de conciliation et du désir d'arriver à une entente amiable de façon à sauvegarder nos droits légitimes, sans entraver le développement normal de la Mutualité.

Elle nomme une commission chargée, d'une part, d'unir tous les efforts, d'étudier ensuite les points communs aux différentes corporations et de rechercher la solution de ces importantes questions pour le plus grand bien des Mutualistes d'abord et des Professions Médicale et Pharmaceutique.

L'Assemblée, en outre, charge son Président, si les circonstances le permettent, d'intervenir au congrès de Nantes dans les conditions qu'il croirait utiles et de demander le vote de la proposition suivante : Liberté absolue du Mutualiste dans le choix de son Médecin, Pharmacien, Dentiste, Sage-Femme.

Un appel pressant est adressé à tous les Syndicats, par la voie de la presse médicale et pharmaceutique, pour demander leur adhésion et se faire représenter.

Le Bureau est ainsi constitué :

Dr Gairal, Président ; M. Vaudin, pharmacien, Vice-président ; M. Lafont, pharmacien, Secrétaire général ; Mme Thévenin, sage-femme, secrétaire-adjointe ; M. Bonnard. président du Syndicat Général des Dentistes, Trésorier.

MEMBRES DE LA COMMISSION :

Médecins : Docteurs Diverneresse, Séailles, de Grissac, Jeanne, Gourichon, Antheaume, de Lavarenne, Darin, Ducor, Lemierre (de Lille), Lépine (de Lyon), Noir.

Pharmaciens : MM. Villette, Langrand, Rièthe, Weill, Coquet.

Dentistes : MM. Stévenin, Ronnet, Baudet.

Sage-femme : Mme Boulier.

En outre : M. Chamagne, président de l'Association des Etudiants en pharmacie, M. Labreuvois. secrétaire de l'Assoc Corp. des Etud. en Médecine.

Le Bureau et la Commission réunis le mardi 17 mai, sous la présidence de M. Vaudin, après avoir approuvé les termes de la note à insérer dans la Presse Médicale et Pharmaceutique, a décidé d'y joindre le Projet de Statuts suivant que la prochaine Assemblée Générale examinera avec les modifications jugées utiles.

Projet de statuts.

ARTICLE PREMIER. — Entre toutes les sociétés de défense professionnelle médicale et pharmaceutique et aussi celle des dentistes et sages-femmes qui voudront adhérer aux présents statuts, il est créé, en vertu de la loi des associations de 1901, un groupe qui sera dénommé : Union Médico-Pharmaceutique.

ART. 2. — Ce groupe aura pour but de rechercher les parties communes, les intérêts connexes aux diverses professions unies ; de les défendre et d'établir l'unité d'action nécessaire

pour aboutir et triompher dans nos revendications.

Art. 3. — Chaque société ou Syndicat adhérent sera représenté à l'Assemblée générale par un Membre quand la société aura moins de 100 adhérents, par deux quand elle aura plus de 100 sociétaires.

Art. 4. — La cotisation annuelle de chaque société ou syndicat est fixée à 20 francs.

Art. 5. — L'union est administrée par un Président, deux Vice-Présidents, un Secrétaire général, deux Secrétaires-adjoints, un Trésorier.

Art. 6. — Une commission permanente, nommée en assemblée générale, est adjointe au Bureau. Elle sera composée de seize membres chargés d'élaborer et de préparer les propositions et de les soumettre à l'Assemblée Générale.

Art. 7. — Le Bureau devra convoquer en séance ordinaire quatre fois l'an l'Assemblée Générale et en séance extraordinaire chaque fois qu'il le jugera utile.

Art. 8. — Les membres du Bureau et de la commission sont nommés pour un an. Ils sont rééligibles.

Le vice-président, Vaudin.

Le secrétaire général, E. Lafont.

Adresser toutes les communications et envoyer les adhésions au secrétaire général, M. Lafont, 177, boulevard Saint Germain, Paris.

NOS ŒUVRES DE PREVOYANCE

Le fonctionnement de l'Amicale après la création de la combinaison C.

Bien des confrères, même parmi les membres de l'Association amicale, paraissent ne pas encore suffisamment connaître le fonctionnement de cette œuvre, les règles qui président à la mise en application de ses statuts ; beaucoup ignorent, encore, quels sont, d'une manière précise, leurs droits et leurs devoirs.

Il résulte de cette ignorance mille inconvénients : retards, correspondance fastidieuse, dépenses inutiles et, d'autre part, application de pénalités qui provoquent des surprises étonnantes ou des réclamations inadmissibles.

Pour l'absolue régularité des choses, pour la diminution de dépenses superflues, pour la simplification de la tâche si lourde assumée par le secrétaire-général et le trésorier, il importe que tous connaissent à fond la marche de nos rouages.

Nous allons donc nous efforcer de l'exposer avec toute la clarté possible, afin que nul adhérent ne puisse arguer de son ignorance, que nul confrère ne retarde son adhésion par insuffisance de renseignements.

La combinaison B ne recrutant plus de nouveaux membres, les articles des statuts qui la concernent subsistent comme simples règles des parties. D'ailleurs, les membres qui sont inscrits à cette combinaison sont soumis aux mêmes règles que ceux qui sont inscrits à la combinaison A.

La combinaison C n'est autre chose que la combinaison A, à laquelle une cotisation particulière est surajoutée dans le but d'assurer une retraite le jour où la combinaison A ne peut plus assurer l'indemnité-maladie.

Les mêmes règles s'appliquent donc aux trois combinaisons, la combinaison C étant, en outre, soumise à des règles spéciales.

I. Règles communes aux diverses combinaisons.

1° *Admissions.*

Le Dr X... a entendu parler de l'Association Amicale ; il désire être mieux informé et connaître une œuvre qui l'intéresse, dont il reconnaît l'utilité — c'est au secrétaire général (Dr Mignon, aux Mureaux, Seine-et-Oise) ou au siège social (Bureau du *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque, Paris, 10e Arrt) qu'il doit demander les renseignements.

On lui adresse les statuts, le compte rendu de la dernière Assemblée Générale, la liste des membres, etc..., et une feuille d'adhésion.

Si le Dr X..., édifié par ces documents, se décide à adhérer, il remplit la feuille et l'envoie au Secrétariat Général.

Celui-ci répond, à son tour, par l'envoi des imprimés à remplir ou à faire remplir pour constituer le dossier.

Ce sont : un questionnaire destiné à recevoir les déclarations du proposant, une formule de certificat qu'il devra remettre au confrère qui lui fera subir l'examen médical et qui a affirmé en même temps son affiliation faite ou prochaine à l'Association Générale ; enfin une note lui indiquant le chiffre des cotisations, les confrères par lesquels il pourra se faire examiner et le délai dans lequel le dossier devra être retourné pour arriver en temps utile.

Le Dr X..., est donc complètement renseigné, — que doit-il faire ?

Il doit demander à la Mairie de la commune où il est né un *Bulletin de naissance* sur papier libre, bulletin qui se délivre gratuitement.

Il doit remplir le questionnaire en toute conscience.

Il doit enfin, muni des deux pièces précédentes, se rendre près du confrère qui doit l'examiner. *C'est ce dernier qui*, après avoir rempli le certificat, *enverra le dossier*, soit au Secrétaire Général, directement, soit au siège social.

Supposons que tout cela se soit passé du 15 au 20 octobre, le dossier devra être entre les mains du Secrétaire Général pour le 1er décembre.

Dans sa réunion trimestrielle de décembre, le Conseil d'administration prononce le rejet ou l'admission.

Si le Dr X... est admis, il reçoit, dans les derniers jours de décembre, l'avis de la décision, avec invitation de verser le 1er janvier, date réelle de son admission, entre les mains du Trésorier (Dr Gassot, à Chevilly, Loiret) la première demi-cotisation fixée par l'âge initial — cet âge est celui que le Dr X... *aura dans l'année où il entre* — on lui rappelle, en outre, que la seconde demi-cotisation devra être versée, spontanément et sans attendre le rappel, le 1er juillet suivant.

Le Dr X..., s'est conformé à toutes ces indications ; il prend rang dans la Société le 1er janvier et, le 2 juillet suivant, après versement de la seconde fraction de sa cotisation, il entre en possession du droit à l'indemnité (Art. 24.).

Il est évident que les mêmes règles s'appliquent aux admissions prononcées en juin ; la première demi-cotisation se verse au 1er juillet la seconde au 1er janvier suivant.

Quant aux admissions prononcées au 1er avril ou au 1er octobre, elles entraînent une légère modification : le sociétaire nouvellement admis, verse seulement *le quart* de sa cotisation annuelle au 1er avril ou au 1er octobre. Au 1er juillet et au 1er janvier suivant, il rentrera dans la règle générale, en versant la demi-cotisation et acquerra son droit à l'indemnité au bout des six mois statutaires, c'est-à-dire au 1er octobre ou au 1er avril.

2° *Cotisations.*

Les cotisations se paient par moitié, le 1er janvier et le 1er juillet de chaque année.

C'est à ces dates que, réglementairement, elles doivent être versées et c'est seulement par bienveillance que le délai d'un mois est accordé aux sociétaires pour se libérer. Il est de toute évidence que la tolérance ne saurait être prolongée au-delà, et le retardataire qui verserait le 2 février par exemple serait mal fondé à exciper du peu d'importance de deux jours de retard, puisqu'en réalité son retard serait de 32 jours.

Les cotisations doivent être versées entre les mains du trésorier, et lui arriver franches de tout droit ; — c'est une chose tellement élémentaire qu'elle ne devrait pas avoir besoin d'être spécifiée, et pourtant certains sociétaires l'oublient parfois, de sorte qu'il faut bien la leur rappeler.

Le Trésorier répond immédiatement par l'envoi d'une quittance détachée d'un registre à souches et datée du jour de l'arrivée du mandat.

Quelques confrères, pour éviter des oublis, versent en janvier, d'une seule fois, la cotisation annuelle entière : la chose ne saurait avoir aucun inconvénient, mais il n'en pourrait être ainsi en juillet, les comptes ne pouvant, sous peine de complications, empiéter d'une année sur l'autre.

Pour obvier à ces mêmes oublis, le Trésorier fait toucher, par la poste, à partir du 10 janvier et du 10 juillet, les cotisations de tous les membres qui ne se sont pas acquittés (art. 17, § 2). Le chiffre de la cotisation semestrielle est alors augmenté des frais que ce mode de recouvrement nécessite : la majoration est de 1 fr. 25 jusqu'à 60 francs, de 1 fr. 50 de 60 à 100 francs et de 2 fr au delà de cent francs.

3° *Obligations en cas de maladie.*

Le Dr X..., admis et en possession de son droit à l'indemnité, vient à tomber malade et se trouve obligé de suspendre ses visites, ou, s'il ne fait que la consultation, de cesser tout travail. Que doit-il faire ?

Son devoir est d'avertir immédiatement le Secrétaire général — et non le Trésorier, comme il arrive parfois — par une déclaration, que doit viser le médecin traitant, en consignant la date de cessation des occupations ou seulement des visites.

Un délai maximum de dix jours est accordé pour cette déclaration.

Le Secrétaire général répond par un accusé de réception et l'envoi de bulletins que le médecin traitant retournera de 15 en 15 jours, après les avoir remplis.

Le confrère X..., que nous supposons gravement malade, s'est arrêté le 2 juillet et ne reprend son travail que le 10 septembre. Par une nouvelle déclaration, contresignée du médecin traitant et indiquant bien la date du retour à l'activité, il doit en informer le Secrétaire général dans un délai de trois jours.

Dans la réunion trimestrielle suivante, le conseil d'Administration prononcera sur l'indemnité à accorder.

Supposons que tout ait été correct, l'indemnité sera votée en septembre et calculée de la manière suivante :

Les journées des 2, 3, 4, et 5 juillet ne seront pas comptées ;

Du 6 juillet au 3 septembre inclus, 60 jours d'indemnité à dix francs, soit 600 fr.

Du 4 septembre au 9 septembre inclus, 60 journées d'indemnité mensuelle à cent francs, soit 3 fr. 33 l'une : 19 fr. 98.

Au total, une somme de 618 fr. 95 que le Trésorier adressera franche de tous droits, dans la première quinzaine d'octobre.

Le sociétaire devra accuser réception de la somme.

Si le 10 septembre, le Dr X... n'était pas arrivé à la guérison, il aurait dû adresser au secrétaire général (ou lui faire adresser) un rapport quelque peu détaillé, sur son état, indiquant les probabilités de durée de l'incapacité de travail. Il faut, en effet, que le Conseil d'Administration puisse prévoir l'époque à laquelle l'indemnité devra être versée et, au besoin, décider le paiement immédiat de ce qui est dû au moment de sa réunion.

Lorsque l'envoi de l'indemnité coïncide avec l'époque du versement de la cotisation, le Trésorier retient le montant de celle-ci sur la somme qu'il expédie et joint la quittance à son envoi.

4° *Irrégularités et Pénalités.*

Si les choses se passaient toujours comme il vient d'être dit, le travail du secrétaire général et du Trésorier serait de beaucoup simplifié. En conscience, nos confrères, qui savent que toute cette tâche se surajoute, pour nous, à des occupations professionnelles semblables aux leurs, devraient avoir à cœur d'observer scrupuleusement les indications ci-dessus reproduites.

Par malheur, il n'en est pas toujours ainsi, et il a bien fallu sauvegarder les intérêts de l'Association contre toutes les négligences prévues, contre les oublis et les empêchements plus ou moins excusables. De là, les précautions et les pénalités que nous devons passer en revue.

Ce n'est pas, que nos confrères en soient bien persuadés, par esprit de tâtillonnerie bureaucratique, qu'elles ont été dictées ; dans une œuvre comme la nôtre, il faut de l'ordre, il faut de la sincérité et de la régularité. Nos cotisations ont été calculées au minimum : il faut donc aussi que nos frais soient réduits au minimum. Il faut enfin que le moindre esprit de suspicion ne puisse effleurer la conduite d'aucun d'entre nous. C'est, pour l'œuvre, une question de vie ou de mort.

La première faute qui puisse être commise par un sociétaire consiste dans la fraude vis-à-

vis du confrère examinateur ou, d'accord avec lui, vis-à-vis de la Société, en cachant quelque tare, comme la morphinomanie, par exemple, ou en faisant de fausses ou incomplètes déclarations.

Cette faute tomberait sous le coup de l'article 14 et entraînerait l'exclusion, le jour où elle serait découverte.

Il en serait de même pour une maladie simulée, pour la continuation de l'exercice après déclaration de maladie, etc... En vertu de l'article 35, le Conseil d'Administration a toujours le devoir de se tenir en garde contre ces délits, de les faire constater et d'en provoquer la répression, soit par application de l'article 14, soit par une pénalité minima consistant dans le refus de l'indemnité.

Mais ce sont là des faits graves et rares, tandis que les péchés véniels que nous allons signaler se commettent journellement.

Le confrère Z. .., admis du 1er octobre, ne verse pas son quart de cotisation dans la première quinzaine de ce mois — il reçoit du trésorier un rappel dont les frais (0 fr. 25) seront à sa charge.

S'il se libère avant le 1er novembre, il est en règle ; mais s'il attend plus longtemps, son admission est reportée au 1er janvier suivant, et il paiera une prime plus élevée par suite de l'élévation de l'âge initial. Enfin si au 1er février il ne s'est pas libéré, son admission est annulée.

Le Dr Y. n'a pas versé sa cotisation en juillet et a laissé revenir impayée la quittance qui lui a été présentée par la poste — il tombe sous le coup de l'article 11 et est suspendu de son droit à l'indemnité en cas de maladie.

Supposons qu'il paie cotisation et frais de recouvrement le 8 août ; en vertu de l'article 11, il reste suspendu de son droit à l'indemnité jusqu'au 8 septembre, de telle sorte que si l'accident ou la maladie le cloue au lit du 15 août au 15 septembre, il ne sera indemnisé que pour les sept derniers jours de son incapacité de travail — sa perte sera de 170 fr. La leçon devient assez sérieuse, n'est-ce pas ?

Mais le Dr Y... ne se libère pas ; il laisse passer également la cotisation de janvier sans payer — il reçoit au 15 juin, par lettre recommandée, (coût pour lui ; 0 fr. 50) un dernier rappel du trésorier lui réclamant le paiement de la cotisation de l'année écoulée augmentée des intérêts à 4 % et des frais de recouvrement et de rappel.

S'il ne s'est pas libéré le 1er juillet suivant, il est purement et simplement rayé de la liste des membres de l'Association et il ne pourra y rentrer qu'aux conditions d'une admission nouvelle, c'est-à-dire comme s'il n'avait jamais été des nôtres ; il devra subir un nouvel examen médical, payer la prime de l'âge initial nouveau et subir le stage de six mois.

S'il était libéré avant ce 1er juillet, il serait resté sous le coup de l'article 11, ne cessant pas d'être membre de l'association, suspendu seulement pour un mois, à condition qu'il paie régulièrement sa cotisation de juillet.

Rappelons ici que les membres exclus, rayés ou démissionnaires, n'ont aucun droit sur les sommes versées par eux antérieurement.

Le Dr W... tombe malade le 15 mars et cesse ses visites ou ses occupations habituelles : il fait sa déclaration seulement le 25 mars ; il est à la limite extrême de la tolérance accordée ; — on admettra la date du 15 comme début de la maladie et il aura droit à l'indemnité à partir du 19 mars. Mais si sa déclaration n'avait été faite que le 26 mars, le délai étant passé, le Conseil d'administration ferait partir la maladie seulement du 26 mars, et l'indemnité ne commencerait à compter que du 29. La négligence du Dr W... lui aurait fait perdre dix jours d'indemnité.

Guéri le 5 mars, le Dr T... en avertit le Secrétaire général le 8, c'est suffisant ; mais s'il attend jusqu'au 12 pour faire sa déclaration, il paiera 2 fr. d'amende par jour de retard et le Trésorier lui retiendra 8 fr. sur la somme qu'il lui enverra.

De même si, au cours d'une longue maladie, il avait négligé de donner de ses nouvelles, de quinzaine en quinzaine, au Secrétaire-général, il eût été frappé de la même amende pour chacun des jours (au-delà de 15) séparant l'intervalle des deux lettres ou des deux certificats imprimés, visés, dans l'un et l'autre cas, par le médecin traitant.

Inutile de dire que, dans les cas d'impossibilité matérielle, le Conseil d'Administration reste juge de la situation.

II. Règles spéciales a la combinaison C.

Toutes les règles qui précèdent s'appliquent à la combinaison C., tout au moins pour la partie de la cotisation qui s'applique à l'indemnité maladie.

Les règles suivantes s'appliquent spécialement à la partie de la cotisation qui s'applique à la retraite.

1° *Cotisations.*

Le taux de la cotisation est calculé sur l'âge d'entrée, et cet âge d'entrée est *l'âge qu'a ou aura le sociétaire dans l'année de son entrée.*

La participation à la combinaison C., en ce qui concerne la retraite, part du 1er janvier de chaque année. Le sociétaire pourra être inscrit au 1er avril ou au 1er juillet pour l'indemnité maladie, il sera, pour la retraite, toujours inscrit à partir du 1er janvier précédent. Exception ne sera faite que pour les membres admis au 1er octobre ; ils auront la facilité de se faire inscrire, pour la retraite, soit au 1er janvier précédent, soit au 1er janvier suivant. Dans ce dernier cas, l'âge initial sera naturellement augmenté d'une année.

Le nombre des primes annuelles à verser est indiqué sur le tableau spécial à la combinaison C. Le Dr X..., né en 1865 et entrant en 1905, paiera donc la prime correspondant à l'âge initial de 40 ans et paiera vingt-cinq fois cette prime, c'est à dire que son dernier versement se fera en 1929.

Les primes se versent, soit en totalité en janvier, soit par moitié, en janvier et juillet.

Les membres admis au 1er avril paieront la moitié de la prime à leur entrée et la seconde moitié en juillet.

Les membres admis au 1er juillet paieront la totalité de la prime à leur entrée. Il en sera de même pour les membres admis au 1er octobre s'ils font remonter leur participation au 1er janvier précédent.

La contre-assurance est facultative, elle ne porte que sur les versements à faire et ne peut

en aucun cas porter sur les versements déjà effectués. Tout sociétaire, à son entrée, doit donc faire connaître s'il entend user de la contre-assurance.

Il est bien entendu que les primes de contre-assurance sont perdues si elles ne sont pas continuées sans interruption. On ne peut en effet user de la contre-assurance une année, cesser l'année suivante, pour reprendre ultérieurement.

C'est ainsi que le Dr X.., né en 1865 et entrant en 1905, aura à payer annuellement 337 fr. ou 269 fr. selon qu'il usera ou non de la contre-assurance.

Supposons qu'il use de cette dernière et qu'il entre au 1er janvier 1905, il versera immédiatement 337 : 2 = 168,50 et pareille somme en juillet. S'il entre seulement au 1er avril, il devra verser immédiatement 72 : 4 + 265 = 152 fr. 50 et à partir du 1er juillet suivant ses versements semestriels seront de 169.50.

S'il entre au 1er juillet, il versera immédiatement 72 : 4 + 265 = 301 fr. Ses versements semestriels ultérieurs restant toujours de 168.50.

Enfin s'il entre le 1er octobre, il peut verser 72 : 4 + 265 = 283 et ses versements semestriels ultérieurs seront toujours de 168.50, son dernier versement se faisant le 1er juillet 1929.

Il pourra aussi verser simplement 72 : 4 + 18 fr. et à partir du 1er janvier 1907 verser chaque semestre, (72 : 2) + (282 : 2) = 177 fr. son dernier versement restant fixé au 1er juillet 1929.

2° Entrée en jouissance de la pension.

Les sociétaires inscrits à la Combinaison B, entrent en jouissance de leur pension de 1200 fr. le 1er janvier *qui suit le jour où ils auront atteint 65 ans.*

Le Dr X..., né en 1865, aura 65 ans en 1930 : il entrera donc en jouissance de sa pension le 1er janvier 1931. Mais vint-il à mourir le 2 janvier la somme de 1200 fr. lui est acquise intégralement.

Chaque année le Dr X... entré en possession de sa retraite devra envoyer au Secrétaire général *un certificat de vie au* 1er *janvier* délivré par le maire de sa résidence.

La pension sera effectivement versée, chaque année, au mois d'avril en raison des nécessités de la comptabilité.

Au moment où il entre en jouissance de la retraite, le sociétaire cesse d'avoir droit à l'indemnité en cas de maladie.

Il cesse au même moment d'avoir droit, en cas de décès, au remboursement des primes versées que lui assure la contre-assurance.

Le Dr X... meurt le 2 janvier 1931 : il a droit à la première annuité de la pension, soit 1200 fr., mais il n'a aucun droit au remboursement des primes versées.

S'il était mort, au contraire, le 31 décembre 1930, il n'avait pas droit, eût-il effectivement plus de 65 ans, à la première annuité de la pension, mais sa famille pourrait réclamer le remboursement des primes versées par lui depuis son entrée dans l'Association sous déduction, bien entendu, de la partie de cette prime afférente à l'indemnité-maladie.

3° Remboursement des primes.

Pour les membres contre-assurés qui viendraient à mourir avant le jour de l'entrée en jouissance de la pension, le remboursement se fera aux ayants droit, sur la présentation des pièces justifiant leur qualité d'héritier.

Ils recevront le total des primes contre-assurées versées pour la retraite et de la contre-assurance diminué par année d'une somme de 2 fr. ainsi qu'il est expliqué au tableau C.

Bien entendu, la prime spéciale à l'indemnité-maladie ne sera jamais remboursée, non plus que les primes qui n'auraient pas été contre-assurées.

4° Pénalités.

En ce qui concerne la part de la cotisation spéciale à l'indemnité-maladie, tout retard entraîne la suspension du droit à l'indemnité et, s'il est supérieur à une année, entraîne la radiation du sociétaire.

Il ne peut en être de même en ce qui concerne la partie de la cotisation spéciale à la pension. Le sociétaire conserve ses droits et, s'il a versé cinq annuités au moins, il lui est servi une retraite proportionnelle au capital produit par ses versements le jour où s'ouvre pour lui le droit à cette retraite.

Mais s'il n'a pas effectué au moins cinq versements, tout ce qu'il a versé est perdu pour lui.

En cas de retard, c'est-à-dire s'il n'a pas payé le 31 janvier ou le 31 juillet, le sociétaire doit joindre à son annuité les intérêts calculés à 4 %. Il doit de même rembourser à l'Association les frais de rappel et de recouvrements qu'elle aurait pu faire.

Nous avons dit plus haut que la prime de contre-assurance était perdue si elle n'était pas continuée sans interruption.

III. *Changement de Combinaison.*

Le changement des combinaisons A et B à la combinaison C doit être autorisé par le Conseil d'administration.

Le sociétaire paie, dès lors, la prime de la combinaison A correspondant à son âge d'entrée dans l'Association, plus, pour la retraite et la contre-assurance, la prime spéciale correspondant à l'âge de son passage à la combinaison C.

Le Dr M... est entré à l'Amicale, combinaison A, le 1 janvier 1er 1894 ; il avait 30 ans et payait 59 fr.

S'il passe à C en 1905, il a alors 41 ans : il continuera à payer 59 fr. pour l'indemnité-maladie et il paiera 210 fr. pour la retraite plus 72 fr. pour la contre-assurance, soit en tout 341 fr. par an.

Le Dr X. est entré, pareillement en 1894, mais à la combinaison B, il avait 31 ans et payait 73 fr.

S'il passe à C au 1er janvier 1905, il paiera 60 fr. pour l'indemnité-maladie (combinaison A, 31 ans) plus 225 fr. pour la retraite et 76 fr. pour la contre-assurance soit en tout 361 fr. par an.

Mais comme chaque année pendant 11 ans, il aura versé en trop la somme de 13 fr. (différence de A et B) on lui restituera 13×11 = 143 fr. il n'aura perdu que les intérêts de cette somme.

Le Dr O... est entré à la Combinaison A en 1896 : il avait 34 ans et payait 63 fr. En 1900, il a passé à B : il avait 38 ans et a payé dès lors 86 fr.

Il veut passer à C en 1905, il a 43 ans. Il paiera 63 fr. pour l'indemnité-maladie, 241 fr. pour la

retraite et 80 fr. pour la contre-assurance, soit 384 fr. par an. Mais comme pendant 5 années il aura payé en trop 23 fr., on lui restituera 23×5= 115 fr.

Tout ce que nous venons de dire s'applique aux confrères âgés de moins de 60 ans, la loi exigeant quinze années de participation pour l'obtention de la retraite.

Quant à nos anciens sociétaires qui ont dépassé l'âge de 50 ans, il ne nous paraît pas impossible de leur assurer les avantages de la combinaison C, mais il nous est impossible de formuler des règles générales ; chaque cas devra être étudié en particulier et demandera une solution spéciale.

Les Confrères qui sont dans ce cas devront donc s'adresser au secrétaire général.

Pourvus désormais, chers confrères, de ce memento que nous serions heureux de vous voir mettre soigneusement à la bonne place, afin de le consulter chaque fois que vous auriez besoin d'entrer en rapport avec nous, vous seriez sans excuse vis-à-vis de l'Association Amicale, si vous lui imposiez d'inutiles frais de correspondance, et vis-à-vis de vous-mêmes, si vous veniez à encourir les sévérités du règlement.

Ne pensez-vous pas que ces dépenses de la caisse, que ce surcroit de travail imposés au Secrétaire Général et au Trésorier, seraient plus fructueusement employés à faire de la propagande pour notre œuvre ?

Ne pensez-vous pas qu'elle bénéficierait aussi de la disparition des négligences, des oublis et des retards dans l'envoi des cotisations, des dossiers ou des déclarations ?

Ne pensez-vous pas, enfin, que tous, nous devrions appliquer à son fonctionnement les principes de l'exactitude la plus rigoureuse ?

Nous ajoutons, en terminant, que rien ne serait plus facile.

Dr MIGNON, *Secrétaire général.* Dr A. GASSOT, *Trésorier.*

REPORTAGE MÉDICAL

Le féminisme à la Faculté. — Le nombre des internes et des externes femmes des hôpitaux de Paris s'accroît lentement, mais régulièrement chaque année.

Cette année, dans la liste de répartition des services de médecine et de chirurgie, on relève les noms féminins :

1° De trois internes : Mlle Francillon, service du Dr Siredey, à Saint-Antoine; Mlle Maugeret, service du Dr Maygrier, à la Charité ; Mlle Mouroux, service du Dr Porak, à la Maternité ;

2° De seize externes : Mlles Dedet, Grunspan et Landry, à l'Hôtel-Dieu ; Toufesco, Debat-Ponsan, à la Pitié ; Couronne, à Saint-Antoine ; Fuerstein, à Necker ; Dechaux, à Cochin ; Bouteil, à Lariboisière; Giry, Homery, à Laënnec ; Dowojno, Hessen, à Boucicaut ; Guerkin, à Broca ; Auchère, à la clinique Tarnier ; Mme Roll, à Bretonneau.

La fraternelle du « Caducée ». — Les membres parisiens de la Société fraternelle du *Caducée*, auxquels s'était joint le bureau, ont tenu, le 14 mai, une réunion suivie d'un banquet qu'a présidé le prof. Lacassagne.

L'assemblée a demandé, à l'unanimité, qu'on inscrivît à l'ordre du jour de la prochaine assemblée générale l'étude des modifications aux statuts : la

---

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

POUR LA DÉLIVRANCE DE L'INDEMNITÉ-MALADIE

FORMULE D'ADHÉSION

Je soussigné (Nom et prénoms)..............................

résidant à .... *Département d* .... *né le* ....

à .... *Département d* .... *Docteur en médecine ou*

Officier de santé, reçu devant la Faculté de .... *le* ....

Membre de l'Association de Secours mutuels des médecins de .... *déclare*

*adhérer aux Statuts de l'***Association amicale des Médecins français** *et après avoir pris connaissance des statuts et des tarifs, demande mon admission.* (Combinaison A ou C *et*, pour C, avec ou sans contre-assurance.) (1).

A .... *le*, ...

(Signature)

(1) Rayer ce que l'on ne choisit pas.

La présente adhésion doit être envoyée au Dr MIGNON, Secrétaire Général de l'Association, 23, rue de Dunkerque, Paris (10e Arrt), ou aux Mureaux (Seine-et-Oise).

première consisterait dans la création d'un deuxième vice-président, qui serait pris dans la marine, le président actuel venant de la guerre, et le vice-président des colonies. De cette façon les trois services seraient représentés comme il est juste.

Un certain nombre de médecins et de pharmaciens n'ayant jamais appartenu aux armées de terre et de mer, séduits par le côté philanthropique de la Fraternelle du *Caducée*, ont demandé à en faire partie comme « membres honoraires », c'est-à-dire contribuant par leurs cotisations à l'œuvre d'assistance, mais ne prenant pas une part active à la direction de la Société. La réunion s'est montrée complètement favorable à cette idée et a demandé qu'elle figurât à l'ordre du jour de la prochaine assemblée générale.

Des démarches vont être entreprises auprès des Compagnies de chemins de fer pour obtenir le demi-tarif pour se rendre à Paris à l'assemblée générale.

Faculté et hôpitaux.

M. Paul Alglave, prosecteur, a commencé, le mercredi 1er juin 1904, à 1 h. 1/2, une série de conférences sur les opérations des organes génito-urinaires de l'homme.

Le programme est ainsi fixé : I. Rein, voies d'accès du rein. — II. Rein, néphrotomie, néphrostomie, néphrectomie lombaire et transpéritonéale. — III. Uretère, cathétérisme de l'uretère ; séparation d'urine, résection d'uretère ; urétéroplastie. — IV. Vessie, cathétérisme, ponction de la vessie ; taille hypogastrique. — V. Lithothritie. — VI. Voie périnéale de la prostate, opération sur la prostate. — VII. Urèthre, uréthrotomie interne, procédé de Maisonneuve, dilatation des rétrécissements. — VIII. Urèthre, uréthrotomie externe, résection de l'urèthre, urétrostomie, circoncision. — IX. Cure radicale de l'hydrocèle vaginale.

Toutes les opérations seront répétées, après les démonstrations sur le cadavre.

Les droits à verser sont de 50 francs. On s'inscrit les mardis, jeudis, et samedis, au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures.

Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 27 juin à 9 heures. Il sera pourvu à la nomination de :

1° Clinique médicale. Deux chefs de clinique titulaires, et un chef adjoint.

2° Clinique chirurgicale. Un chef de clinique titulaire et un adjoint.

3° Clinique obstétricale. Un chef de clinique titulaire et trois adjoints.

4° Maladies mentales. Un chef de clinique adjoint.

5° Maladies cutanées et syphilitiques. Un chef de clinique titulaire et un adjoint.

6° Clinique médicale infantile. Un chef de clinique titulaire et un adjoint.

7° Clinique des voies urinaires. Un chef de clinique titulaire et un adjoint.

On s'inscrit tous les jours au secrétariat jusqu'au 19 juin. Sont admis à concourir tous les docteurs français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Un concours pour l'emploi vacant de chef de clinique gynécologique s'ouvrira le lundi 18 juillet 1904, à 9 heures du matin. On s'inscrit tous les jours au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année — N° 24 — 11 JUIN 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

L'enseignement de la Pathologie interne

Interview du Professeur Hutinel.

De toutes les branches des sciences médicales, la pathologie interne est, peut être, celle dont le mode d'enseignement aurait le plus besoin d'être révisé. En raison de son importance, la Faculté de Paris lui a consacré deux chaires magistrales, mais, elle place celles-ci dans un cadre notoirement défectueux : impuissant en face d'une organisation vraiment trop imparfaite, le talent des Maîtres demeure, dans ces conditions, presque stérile. Aussi, les titulaires de ces deux chaires, MM. les Professeurs Hutinel et Brissaud, auxquels nous devons rendre ici hautement justice, s'accordent-ils à demander une refonte, une transformation de l'enseignement de la pathologie tel qu'il est aujourd'hui compris.

Dans sa dernière leçon du semestre d'hiver M. Hutinel faisait allusion en ces termes aux défauts du régime présent : « J'ai conscience, disait-il aux élèves, que l'enseignement qui vous est donné dans cet amphithéâtre n'est pas ce qu'il pourrait, ni ce qu'il devrait être... Depuis longtemps, nous marchons dans la même ornière comme si, depuis un demi-siècle, rien n'avait changé en médecine.... Je ne suis, ni un novateur, ni un révolutionnaire, mais je suis désolé de consumer sans profit, une activité qui aurait pu être plus féconde. Je suis navré d'être condamné à semer, chaque année, pendant 4 mois, une graine stérile. » Et M. Brissaud, reprenant la question, développait longuement et non moins éloquemment une opinion analogue dans la première leçon de son cours de 1904, leçon publiée dans la *Presse médicale* du 12 mars dernier (1).

Après avoir entendu cette profession de foi, nous souhaitions vivement connaître, avec plus de détails, les idées du professeur Hutinel sur ce sujet. Nous nous sommes donc présenté chez l'excellent Maître, qui voulut bien nous accorder quelques instants d'entretien.

— La médecine, nous dit M. Hutinel, ne saurait s'apprendre en écoutant des discours, si éloquents soient-ils, et je reproche à l'enseignement actuel de la pathologie interne d'être obligatoirement théorique. Confinés dans un amphithéâtre dépourvu de tout moyen de démonstration, nous sommes contraints, mon collègue Brissaud et moi, de décrire les maladies comme nous exposerions une question littéraire, comme nous commenterions un texte de droit romain. Ainsi en ont décidé les règlements, contre la puissance desquels nous ne pouvons rien.

D'une telle organisation, que résulte-t-il ? Malgré nos efforts pour animer nos leçons, malgré les tableaux, les tracés que j'ai dû faire établir, notre enseignement manque, sinon totalement, du moins partiellement son but. Exposant une affection, j'ai au chapitre « pathogénie », à parler des bactéries et des toxines ; je ne dispose d'aucun microscope pour montrer les préparations, d'aucune étuve pour montrer les cultures, d'aucun animal pour faire la preuve des effets de l'inocula-

(1) L'enseignement théorique de la pathologie médicale, par le prof. Brissaud.

tion. Au chapitre de l'« anatomie pathologique », je parle des lésions macroscopiques et histologiques: même absence de pièces et de microscopes pour examiner les coupes. Au chapitre « symptômes », je parle de phénomènes dont beaucoup s'apprécient par la vue et je n'ai pas un seul malade à mettre sous les yeux de l'auditoire. Prenez les descriptions les plus minutieuses, les plus exactes, les mieux tracées... valent-elles un coup d'œil sur le malade lui-même ? Ne serait-il pas infiniment préférable de décrire le facies du typhique, le cou proconsulaire du diphtérique, l'éruption pustuleuse variolique, l'exanthème vésiculeux du zona, pour citer ces quelques exemples, en les montrant au fur et à mesure qu'ils sont dépeints. La pathologie se comprend et se retient à une condition : que l'élève puisse voir.

C'est pourquoi, je voudrais que le cadre de notre enseignement fût changé, que notre cours de pathologie fût fait, non plus dans un amphithéâtre de l'École, mais dans un hôpital. Là se trouveraient naturellement réunis tous les éléments dont je viens de parler, malades, laboratoire, pièces anatomo-pathologiques, traitement appliqué. Nous envisagerions les maladies au fur et à mesure qu'elles se présenteraient à notre observation et la pathologie ainsi étudiée serait vraiment pratique, c'est-à-dire utile.

Au lieu de cela, nous devons faire un enseignement théorique, selon des statuts immuables et routiniers qu'il est bien difficile de modifier. Un changement de ce genre ne dépend pas de notre initiative ; il ne dépend pas non plus du doyen, M. Debove, qui, il faut le reconnaître, a largement et très heureusement amélioré la plupart des services de la Faculté.

— Et maintenant, ajoute M. Hutinel, sommes-nous plus heureux du côté des examens ? Jugez-en. Le troisième doctorat, deuxième partie, comprend des interrogations complexes de pathologie interne, de parasitologie et d'anatomie pathologique. Supposez un candidat ignorant la pathologie, mais bien préparé sur les autres questions. Grâce à la multiplicité des matières, ses bonnes notes en parasitologie et anatomie pathologique le feront admettre ; c'est ainsi que l'on peut être reçu à l'épreuve de pathologie médicale, sans connaître les symptômes d'une fièvre typhoïde ou les signes d'un épanchement pleural !

Telles sont les raisons d'intérêt général qui nous ont incité, mon collègue Brissaud et moi, à élever la voix, à exposer le mal et à proposer un remède, n'est-ce pas, comme professeurs et comme médecins, doublement dans nôtre rôle ?

Dr P. Lacroix.

LA SEMAINE MÉDICALE

Emploi thérapeutique du peroxyde de magnésium.

Rapprochons de cette communication celle que MM. A. Gilbert et J. Jomier on faite à la Société de biologie,

« La magnésie, par les procédés actuellement connus, peut s'hyperoxygéner et se transformer, au moins tout partiellement, dans une proportion variant de 10 à 25 p. 100 en peroxyde de magnésium : celui-ci ne peut s'isoler de la magnésie dont il dérive, mais il forme avec elle une poudre blanche, légère, sans saveur ni odeur, presque insoluble dans l'eau. La richesse de ce produit en peroxyde peut être facilement calculée par dosage.

FEUILLETON

Extractions dentaires (*suite*).

(Voir le n° 17 du *Concours médical*).

Par le Dr Dunogier, professeur libre à la Faculté de Paris.

Synon : *Première* petite molaire, prémolaire ou bicuspide.

Cette dent présente des particularités importantes : aplatie d'avant en arrière, sa racine se bifurque assez souvent (30 à 40 fois sur 100) vers le tiers supérieur, le milieu, ou le tiers inférieur, et ses extrémités divergent plus ou moins, l'une en dedans, du côté de la voûte palatine, l'autre en dehors, vers le vestibule ; la portion de maxillaire, en forme de V, ainsi interposée entr'elles, quelquefois dans une hauteur de dix à douze millimètres, est donc, cela se comprend, un obstacle sérieux à son ébranlement.

Un autre obstacle, non moins sérieux, réside dans les courbures plus ou moins prononcées de ces extrémités en arrière, et dans la longueur totale de la racine ainsi bifurquée pouvant atteindre 16 à 18 mm. Aussi la première bicuspide est-elle considérée, à juste titre, comme une de celles offrant parfois le plus de difficultés.

Enfin, je crois devoir souligner que, mesuré à un demi-centimètre au-dessus du collet, le diamètre radiculaire est d'environ 3 mm. Par conséquent, pour arriver à la saisir à hauteur suffisante, sans être forcé de faire, dans la mâchoire, une *trouée* douloureuse malgré l'anesthésie locale, il faut, pour cette dent, comme pour l'incisive latérale, un davier à mors aussi *étroits* et aussi minces que possible.

L'ébranlement sera fait, comme je l'ai indiqué plus haut, par petites secousses *serrées*, je veux dire sans trop d'amplitude, progressives ; puis, si l'ébranlement ne se produit pas, au lieu de *pousser*, il faudra, tout en *secouant* la dent, chercher à l'attirer hors de l'alvéole sans violence, ni brusquerie ; surtout *pas de mouvements désordonnés* en dedans et en dehors !

Deuxième prémolaire.

Rien de particulier, si ce n'est, parfois, une courbure un peu brusque du sommet de la racine en arrière : après ébranlement, dégager la dent par quelques mouvements de rotation et, si besoin est, un mouvement tournant d'avant en arrière.

On a fabriqué pour les petites molaires deux daviers spéciaux, l'un pour le côté droit, l'autre pour le côté gauche ; mais j'ai déjà fait pressentir qu'on pouvait s'en passer. J'ajouterai qu'ils sont plutôt, à mon sens, incommodes !

Nous avons expérimenté la poudre peroxydée en clinique et nous l'avons administrée à des malades atteints d'affections gastriques et à des sujets souffrant de troubles intestinaux.

I. — Dans les affections de l'estomac, la poudre se donne en cachets ou en comprimés, une heure avant chacun des deux principaux repas, ou bien, au cas de régime lacté exclusif, entre les prises de lait, en cinq ou six fois. La dose journalière doit contenir de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 centigrammes.

Nous avons réussi à faire disparaître ou à considérablement améliorer, dans vingt cas, l'état saburral de la bouche, les renvois nidoreux, les nausées, les vomissements, le ballonnement épigastrique accompagné de palpitations de cœur qui succède aux repas. Nous avons échoué dans deux cas qui présentaient le même ensemble morbide.

Nos malades, pour la plupart, étaient d'anciens éthyliques (9 cas) ou des tuberculeux ayant abusé de boissons alcooliques (4 cas) ; trois d'entre eux étaient des constipés habituels : l'un avait fait un usage immodéré de café : un autre, mis au régime lacté absolu, s'est plaint aussitôt de renvois sûrs, d'empâtement et d'amertume de la bouche ; deux enfin étaient atteints de dilatation d'estomac.

Dans nos cas positifs, l'amélioration s'est marquée dès le premier ou le second jour ; mais le traitement, pour amener des résultats durables, a dû être continué deux ou trois jours après la disparition des derniers symptômes.

Le régime alimentaire des malades n'avait pas été modifié. Le nombre des selles n'étaient nullement influencé par les doses employées.

Le peroxyde de magnésium contre les douleurs de la gastrite éthylique s'est montré sans effet cinq fois sur huit ; il n'a eu aucune action analgésiante sur un cancer stomacal.

Dans les cas d'anorexie tuberculeuse néoplasique, le résultat a été constamment négatif.

En somme, le peroxyde de magnésium trouve son indication dans les fermentations gastriques anormales.

Le mécanisme de son action en ces cas s'explique ainsi : dans le milieu stomacal, l'acide chlorhydrique ou les acides de fermentation décomposent le peroxyde en chlorure de magnésie et eau oxygénée : les diastases, ensuite, agissant par cataclyse, dissocient l'eau oxygénée en eau et en oxygène. C'est à cet oxygène à l'état naissant que sont dus, sans doute, les bons effets du médicament.

II. — Le peroxyde de magnésium ne s'est pas montré seulement actif dans les affections gastriques, mais nous avons constaté aussi ses bons effets dans le traitement de la diarrhée, en particulier chez les tuberculeux.

Le médicament est administré sous formes de capsules kératinisées ; la dose journalière contient un poids de peroxyde variant de 15 à 25 centig. Elle est ingérée, en deux parts égales, une heure avant chacun des principaux repas. Nous avons réussi 11 fois sur 16 à ramener les selles à leur état normal, après un jour au moins, trois jours au plus. Un des cas négatifs avait trait à un tabes, un autre à un cancer de la tête du pancréas arrivé à la période ultime, chez qui tous les antidiarrhéiques habituels s'étaient montrés sans effet. Nous avions eu soin de ne modifier en rien le régime des malades traités.

Pour expliquer l'effet antédiarrhéique du peroxyde de magnésium, l'intervention d'un acide n'est pas de mise ; mais on est en droit de penser à une action spéciale des ferments du tube diges-

---

Grosses molaires ou multicuspidées.

Première g. molaire (dent de 6 ans). *Trois* racines : *une* en dedans, *deux* en dehors.

La *racine interne* ou *palatine* diverge souvent, au point que, dans quelques cas rares, le doigt peut la sentir et la suivre à la voûte palatine, à fleur d'os ; parfois, après s'être plus ou moins brusquement écartée tout d'abord, elle se recourbe en dehors, tendant ainsi à se rapprocher de la *racine postéro-externe, située sur le même plan transversal.*

Racines externes ou vestibulaires : l'antérieure (antéro-externe) est un peu plus longue et un peu plus volumineuse que la racine postérieure ou postéro-externe.

Au lieu de rester droites, nettement séparées, ces deux racines se rapprochent souvent vers leur sommet, au point de se toucher, emprisonnant ainsi une lame osseuse plus ou moins épaisse, ou *barre,* (dents barrées) qui ne facilite pas précisément le troisième temps, sans cependant être un obstacle aussi sérieux qu'on le croit généralement.

D'autres fois, au contraire, loin de se rapprocher, elles se déjettent, l'une en avant, l'autre en arrière, ce qui, avec l'écartement et l'incurvation de la racine palatine, constitue un mode d'implantation particulièrement solide, bien plus redoutable que la *barre* !

Une couronne courte, trapue, doit faire soupçonner ce mode, ou ces deux modes d'implantation.

Enfin, il est des cas où ces racines affectent des directions et des courbes échappant à toute description.

Rationnellement, le davier destiné aux grosses molaires supérieures devrait présenter :

Un mors *palatin* en rapport avec le diamètre moyen de l'alvéole, soit, 3 mm. environ, à son extrémité ; *droit,* au lieu d'être recourbé en dehors, je veux dire du côté du mors externe. En certains cas, il serait bon, comme cela a été fait du reste, qu'il fût plutôt arqué en sens inverse, c'est-à-dire en dedans, du côté du palais.

Le mors vestibulaire (externe), pour saisir deux racines séparées, pénétrer dans deux alvéoles distincts, devrait être, sinon double, tout au moins bifurqué au sommet.

Il y a bien un davier de ce genre, mais, jusqu'ici, n'en connaissant d'autre exemplaire que celui fabriqué pour mon usage, on devra recourir aux modèles du commerce, au nombre d'une douzaine environ, parmi lesquels je décrirai le plus courant. C'est, comme tous les autres modèles, du reste, le type parfait de davier adapté au collet : *bon* pour les molaires à couronnes solides, *mauvais* pour celles à couronnes avariées, *inutilisable* pour les dents découronnées, ainsi que nous le verrons lorsque nous nous occuperons de ces dernières.

Le mors interne va s'élargissant de la base au sommet, où il est d'une largeur telle qu'il ne peut pénétrer dans l'alvéole (on doit remédier à ce vice en limant ses bords, l'antérieur surtout).

Le mors externe présente à son extrémité un *croc* recourbé en dedans, destiné à se loger entre les deux racines vestibulaires, à leur point d'union, et par ainsi soulever ou du moins tirer sur la couronne. On voit le peu de prise qu'on a, de la sorte,

tif, qui mettraient en liberté l'atome d'oxygène très labile de la magnésie peroxydée.

Le peroxyde de magnésium. dans les affections de l'estomac comme dans celle de l'intestin. se comporte donc comme un antiseptique interne et nous pouvons le ranger à côté des corps de ce genre déjà connus.

Action physiologique du Massage.

1° D'après la *Revue de Cinésie*, le massage des muscles produit toujours une élévation de la pression du sang, qui est d'autant plus grande que la superficie du corps (exception faite de la région abdominale) sur laquelle on applique le massage est plus étendue.

2° L'augmentation de pression se vérifie pour toutes les formes énergiques du massage des muscles. Le degré d'augmentation varie pour chaque forme en cet ordre :

Friction profonde	de 65 à 100 mm. Hg.
Pétrissage	de 63 à 105 mm. Hg.
Tapotement	de 65 à 115 mm. Hg.

C'est après le tapotement que l'augmentation de la pression du sang atteint le plus haut degré : mais le retour de cette même pression aux limites normales s'effectue bien plus rapidement dans le *tapotement* que dans la *friction profonde* et dans le *pétrissage*.

3° Le massage doux ou léger, sous forme d'*effleurage* ou de *vibrations*, provoque seulement une très légère augmentation de la pression du sang qui quelquefois n'est pas mesurable, et ceci est vrai tant du massage des muscles, des membres et du dos que du massage abdominal.

4° Le *massage mixte* des membres et du dos, pratiqué énergiquement avec toutes les manipulations (friction profonde, pétrissage, tapotement) produit une élévation de la pression du sang (de 64 à 110 mm. Hg.) qui persévère pendant un temps remarquablement plus long que dans chacune des modalités qui le composent. Cette élévation n'atteint pas cependant la hauteur que nous avons observée dans le tapotement.

5° Le massage énergique *de l'abdomen* produit un *abaissement* notable de la pression du sang (de 65 à 50 mm. Hg.) quelle que soit la forme énergique de massage employée (frictions profondes, pétrissage, tapotement.)

6° Les effets du *massage mixte général* étendu à toute la superficie du corps (membres, dos, thorax, abdomen) et appliqué énergiquement avec toutes les manipulations massothérapiques (friction profonde, pétrissage, tapotement, effleurage) sont complexes ; ils varient selon que le massage de l'abdomen précède ou suit celui des autres régions.

Dans les deux cas, on a une élévation modérée de la pression du sang (de 60 à 85-95 mm. Hg.) Dans le premier cas, elle redescend graduellement à ses limites normales. Dans le second elle s'abaisse subitement (jusqu'à 75 mm.), avant de revenir à ses limites normales.

7° Le pouls. la respiration et la température du rectum suivent en chaque forme de massage une marche inverse proportionnelle à celle de la pression du sang. Le nombre des pulsations et des mouvements respiratoires et la température du rectum diminuent d'une quantité égale à l'élévation de la pression du sang, et *vice versa*.

Il n'y a d'exception que pour les manipulations légères de massage (effleurage et vibrations), quelle que soit la partie où elles sont appliquées, tant sur l'abdomen que sur le reste du corps. Dans ces cas on a augmentation de la fréquence

---

sur des molaires dont les racines se séparent nettement dès le collet, surtout quand on a affaire à des couronnes délabrées, que la carie a rongées au point de les réduire à l'état de simples coquilles.

Les *branches*, généralement trop longues, sont courbées en arrière, en sens inverse des mors avec lesquels elles forment une S très allongée.

Pour l'extraction des grosses molaires, il faut deux daviers, un *droit* et un *gauche* ; mais il faut aussi ne pas se tromper, confondant l'un avec l'autre, ou les prendre à rebours, comme je l'ai vu souvent !....

La *convexité des branches doit être tournée en avant le mors crochu en dehors.*

Premier et deuxième temps. (Côté gauche.)

A) Le patient assis, à hauteur convenable, la tête penchée en arrière, regardant un peu à droite et solidement maintenue à l'aide de la main gauche, les quatre derniers doigts fortement appliqués sur la base frontale gauche, le davier saisi comme il a été dit précédemment, on procède exactement de même, graduant ses efforts toujours plus accentués en dehors, modifiant, s'il y a lieu, la manière de tenir l'instrument.

B) Il peut arriver que, malgré les plus louables et les plus *patients* efforts, on ne parvienne pas à ébranler la dent. Dans ce cas, il faut chercher à la renverser en dehors, sans brusquerie, *ni torsion, comme si on voulait faire sortir par le côté, en travers, dent et davier.*

Troisième temps.

A) On termine l'opération en tirant modérément, s'aidant de quelques mouvements de rotation (toujours très limitée pour ces molaires) ; *modérément*, parce qu'une traction brutale peut fracturer une ou deux racines, ce qui, pour n'être pas grave en général, ne laisse pas cependant d'impressionner désagréablement le client, lorsque, désirant voir sa dent, il s'aperçoit qu'il en manque quelque chose !

B) Si l'obstacle à l'extraction tient simplement à une exostose (de la racine palatine le plus souvent), il sera bien vite surmonté ; mais la résistance est ordinairement liée aux racines externes retenues par une barre épaisse, à ces mêmes racines fortement divergentes, ou même à une simple incurvation de la racine interne. Dans ces cas, *reprenant* la manœuvre indiquée tout à l'heure (deuxième temps B), il faudra faire sortir la dent par le côté vestibulaire, c'est-à-dire en travers, cherchant, par un mouvement tournant de dedans en dehors, à dégager la racine palatine. C'est affaire de quelques secondes de plus, mais, on aura la satisfaction de ne pas laisser de blessé sur le champ de bataille ! Qu'il s'agisse d'une simple pulpite, cela n'a pas d'importance ; en présence d'une périostite, il se peut qu'on laisse précisément dans la mâchoire la racine à l'extrémité de laquelle siège un kyste purulent.

Si le rebord alvéolaire adhérait à la dent, il faudrait l'en séparer à l'aide d'un instrument approprié, mais le plus souvent il suffit de le repousser

du pouls, de la respiration et de la température du corps, quoique la pression s'élève au-dessus de la normale.

Administration du collargol par la voie buccale et par la voie rectale.

La méthode d'administration du collargol en injections est certainement la méthode de choix pour l'emploi de ce médicament. Toutefois, on peut donner le collargol par voie buccale ou par voie rectale. Dans le premier cas, on a le choix entre la forme pilulaire et les solutions ; dans le deuxième, entre les lavements et les suppositoires.

Pour les pilules, on peut employer la formule de Crédé : un ou deux centigrammes de collargol additionnés de 10 centigr. de sucre de lait.

La glycérine sert d'excipient. On prend la pilule, à jeun, une demi-heure avant le repas, et on boit ensuite du thé ou du lait. Pour les potions, on a recours, au début, à l'usage de l'eau albumineuse. dans laquelle le collargol reste longtemps en dissolution.

Le collargol présente une solubilité et une stabilité beaucoup plus grandes. Il se dissout dans 20 fois son poids d'eau, même non distillée ; ne s'altère pas à la lumière ou par la chaleur. On peut conserver pendant des mois une solution à 5 centigrammes par centimètre cube d'eau distillée. Rien n'est donc plus simple que de formuler une potion contenant 5 centigrammes par cuillerée à dessert. C'est la formule que j'emploie couramment, en faisant prendre au malade 10, 20 ou 30 centimètres cubes dans les 24 heures. Bien que la saveur de cette solution ne soit pas agréable, elle est généralement prise sans difficulté. On masque assez bien son goût en ajoutant à la potion de l'élixir de Garus : 20 grammes par 100 ou 120.

La dose pour un lavement est, suivant les cas, de 10 à 50 centigrammes. C'est cette dernière quantité qu'emploie Loebl qui donne deux lavements par jour.

Le collargol entre très facilement dans la composition des suppositoires. Ici encore les doses employées par moi ont varié de 10 à 30 centigrammes.

Beaucoup de malades ont continué l'usage du collargol en potions ou lavements pendant plusieurs mois. Il en est qui en prennent sans interruption depuis plus d'un an : le médicament est bien toléré et un malade en a déjà ingéré, sans aucun inconvénient, jusqu'à 40 grammes.

Le collargol a, sur le nitrate d'argent, l'immense avantage de ne pas être caustique pour les muqueuses et de ne pas produire d'argyrisme.

Les différentes maladies dans lesquelles M. le Dr Netter le préconise sont : l'épilepsie (concurremment avec le bromure à doses faibles), les névralgies, la chorée, la migraine, les entérites tuberculeuse, dysentérique, muco-membraneuse, certaines conjonctivites et kératites, la tuberculose pulmonaire, la fièvre typhoïde, les grippes graves, la pneumonie. En résumé, le collargol peut être facilement et utilement administré par la voie buccale et rectale ; l'on obtient de cette façon d'heureux résultats dans de nombreuses affections du tube digestif et du système nerveux dans lesquelles le nitrate d'argent avait été employé autrefois ; dans les maladies infectieuses où les frictions et les injections intraveineuses de collargol se montrent utiles, l'administration par le tube digestif permet d'obtenir des guérisons et il y a avantage à y recourir dans les cas où la médication devra être longtemps pour-

---

à l'aide d'un doigt, en soulevant la dent, la faisant basculer, puis tirant en sens contraire.

« En terminant je dois signaler le cas assez fréquent où la racine palatine s'écartant brusquement dès le collet, les daviers ordinaires ne peuvent la saisir. Il faut alors recourir à un davier spécial dont l'extrémité du mors palatin est déjetée en dedans, dans le sens de la divergence de la racine, ce qui lui permet ainsi d'aller la prendre à une hauteur suffisante. Ce davier dérapant facilement, il est indispensable de bien l'assujettir autour de la dent et, *plus que jamais*, de ne pas cesser de *pousser* jusqu'à ébranlement, ou *renversement*, si c'est à ce dernier mode qu'on est forcé de recourir.

A défaut de davier spécial, je le dis sans vergogne, la clef de Garengeot dont je m'occuperai plus loin est, *si l'on sait s'en servir*, l'instrument de choix.

Côté droit (du patient). Pour les extractions de ce côté, la tête du sujet doit regarder à *gauche*, la main *gauche* de l'opérateur appliquée sur la bosse frontale *droite*.

Deuxième multicuspidée (dent de douze ans).

Trois racines également, mais, d'ordinaire, moins *folâtres*. Un cas peut se présenter capable de désorienter le débutant : la racine postéro-externe étant plus ou moins atrophiée, le davier, avec son mors externe large, creusé d'une double gouttière à son extrémité, *tourne* autour de la racine antérieure sans pouvoir s'y fixer. Il suffit de serrer un peu plus fortement le davier, maintenant le mors autour de cette racine, ou de prendre un davier ordinaire, dit à *baïonnette*, de préférence.

3e groupe. — (Dents de sagesse).

Racines ordinairement réunies en un seul bloc ou faisceau recourbé en arrière. Cette dent, lorsque sa couronne émerge suffisamment hors de son alvéole est d'extraction facile. Elle a été honorée d'un davier spécial, unique pour les deux côtés, et qui porte son nom.

Manuel opératoire. Le patient occupera un siège un peu plus élevé ou la tête sera plus renversée en arrière. La couronne étant assez souvent déviée du côté de la joue (dont elle amène fréquemment l'ulcération), il faudra, refoulant à l'aide des branches, la commissure labiale, relever le davier en dehors et en haut, de manière à être bien en face afin de pouvoir saisir la dent, puis *sans brusquerie*, on fait l'avulsion d'un seul coup de poignet en dehors, terminant le dégagement par un mouvement d'avant en arrière.

Certains auteurs ayant affirmé que l'extraction de la 3e grosse molaire avait quelquefois amené l'arrachement de la tubérosité, je dois signaler cet accident, aussi invraisemblable qu'il me paraisse.

Lorsque la couronne est au ras de la gencive et ne peut donner prise au davier, il faut recourir à la *langue de carpe*. J'examinerai ce cas et quelques autres ultérieurement.

Toutes les dents de la mâchoire supérieure peuvent être extraites à l'aide d'un seul davier, le davier *baïonnette*, ainsi que je le démontrerai au chapître réservé aux molaires découronnées, en indiquant la manière de l'appliquer.

(A suivre.)

suivie, aussi bien que dans ceux où l'on ne pourra employer les frictions et les injections.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital des Enfants-Malades. — M. A. Broca.

Luxation du coude en arrière avec arrachement des éminences latérales de l'humérus.

Nous avons examiné ensemble, à deux reprises, hier et aujourd'hui, un garçon atteint d'une lésion traumatique du coude, sur laquelle il a fallu plus d'attention que d'habitude pour parvenir à une opinion exacte, mais notre diagnostic aujourd'hui est complet, et vérifié par la radiographie.

Nos hésitations proviennent d'abord de ce fait que l'enfant nous a été amené le lendemain du trauma, après des manœuvres qui, partiellement efficaces, avaient changé l'aspect initial des choses.

Avant-hier, en jouant, il est tombé d'un banc, en avant, le bras étendu, c'est-à-dire dans l'attitude voulue pour se faire, entorse, fracture ou luxation, une lésion par arrachement ligamenteux dans l'hyperextension. Il s'est relevé avec une déformation considérable du coude. qui présentait une forte saillie en arrière ; le bras pendait en hyperextension et en pronation forcée. Renseignements fournis par le père, qui paraît intelligent. Un médecin, appelé incontinent, diagnostiqua une luxation du coude en arrière et réussit à ramener le bras en flexion ; mais la direction ne lui sembla point parfaite, et il conseilla de nous conduire l'enfant.

Cette histoire est, en règle générale, celle des fractures humérales par extension, à grand déplacement du fragment inférieur en arrière, d'où l'apparence d'une luxation qu'on croit réduire facilement. mais qui se reproduit de même. Malgré le gonflement, il nous fut aisé d'éliminer tout de suite cette hypothèse, par une manœuvre, que je répète en ce moment devant vous : pinçant d'avant en arrière la palette humérale entre le pouce et l'index, un peu au-dessus du pli du coude, je n'éveille qu'une douleur insignifiante.

Il y avait toutefois, outre le gros gonflement diffus de toute la lésion traumatique du coude, une déformation proprement dite, car l'axe de l'avant-bras était déjeté en dehors, et la partie inférieure du bras semblait saillante en dedans. Mais cette saillie interne avait, à la palpation, comme en ce moment d'ailleurs, tous les caractères d'un hématome. A l'extrémité supérieure de l'avant-bras, en dehors, il n'en était pas de même, et là nous sentions une éminence osseuse arrondie, à face supérieure déprimée en une cupule admettant la pulpe de l'index, roulant d'autre part sous le doigt pendant les petits mouvements alternatifs de pronation et de supination : le radius était donc luxé en dehors, et légèrement en arrière.

L'olécrâne, saisi entre le pouce et l'index, me parut susceptible d'une légère mobilité anormale dans le sens transversal, mais quand je voulus déterminer s'il était ou non anormalement remonté, je fus pris au dépourvu, car ni en dehors, ni en dedans, je ne pus sentir les éminences latérales qui pour cela nous servent de repère.

D'où l'idée me vint que bien probablement il y avait eu en réalité une luxation en arrière, avec arrachement des éminences latérales. de l'épitrochlée surtout, que le cubitus réduit était encore mal assujetti, chose naturelle vu l'arrachement osseux, et que le radius était resté luxé, résistant aux manœuvres ordinaires de réduction.

Car, lorsque vous constatez une luxation isolée du radius, toujours vous devez tâcher d'élucider si elle a été primitivement isolée ou si elle résulte d'une réduction partielle de luxation des deux os, comme c'est le cas aujourd'hui.

Quelle peut être, alors, la cause de l'irréductibilité ? Nous avons besoin de le savoir, pour diriger en conséquence notre thérapeutique. Nous savons qu'en principe, il n'y a qu'une seule cause d'irréductibilité vraie d'une luxation récente; l'interposition de quelque chose, ligament, os sésamoïde, fragment osseux fracturé, entre les deux surfaces déboîtées. Or ici, ce peut être soit un ligament, soit un morceau d'os : le ligament annulaire si. non déchirée et maintenue en haut par le ligament latéral externe intact, sa bague a été abandonnée par la tête radiale, incapable de l'enfiler de nouveau de bas en haut ; l'épicondyle est arraché, il pend au bout du ligament latéral externe et tombe sur la cupule radiale. Tous les chirurgiens ont vu, en opérant, la première de ces interpositions ; quant à la seconde, deux fois je l'ai constatée, en même temps que celle de l'épitrochlée tombée sur la sigmoïde cubitale, au cours d'arthrotomies pour luxation irréductible.

Hier, je vous ai fait constater un signe très probable d'irréductibilité par interposition : l'avant-bras étant fléchi à angle droit, il était facile de faire rentrer la tête sous le condyle huméral par refoulement direct, en avant et en dedans, avec le pouce, mais le moindre mouvement de flexion en pronation provoquait le déboîtement. Je n'avais pourtant point là ce refoulement élastique en touche de piano que cause d'habitude l'interposition du ligament annulaire et, d'autre part, dans ces manœuvres, je sentis à un moment donné de la crépitation. indice très probable d'une fracture de l'épicondyle.

La radiographie s'imposait donc pour préciser un diagnostic, au bout duquel pouvait surgir une indication opératoire.

Or ce matin, l'état local diffère de ce qu'il était hier, en ce que la réduction du radius tient aussi bien que celle du cubitus, les quatre mouvements du coude étant à peu près indolents et d'amplitude normale. Cette modification est favorable à l'idée d'une interposition plus qu'à celle d'une contention insuffisante par suite de l'arrachement épicondylien, d'ailleurs cliniquement certain, de par l'absence des deux éminences latérales au-dessus des os du coude ; et je crois probable qu'au cours de nos manœuvres, hier, j'ai par hasard délogé soit le bout du ligament externe, soit le petit fragment épicondylien que j'ai, à un moment donné, senti crépiter dans la profondeur.

Donc, toute opportunité opératoire se trouve définitivement écartée, mais la radiographie garde l'utilité de vous faire toucher pour ainsi dire du doigt, les particularités cliniquement observées ; or, sur la diaphyse humérale vue de face, les éminences latérales manquent toutes

deux, c'est à peine si la palette s'élargit là où elles devraient être ; et, par contre, en dedans de l'olécrâne et derrière lui, on voit, grosse comme un pois, l'ombre circulaire du fragment épitrochléen. Le fragment épicondylien, sûrement détaché, n'apparaît pas ; probablement à la fois parce qu'il est tout petit et parce que nous n'avons pas d'épreuve prise tout à fait de face.

Ce gros arrachement épitrochléen, associé à une luxation, n'est pas fait pour nous surprendre: au contraire, il est de nature à nous confirmer dans notre diagnostic rétrospectif d'une luxation que nous n'avons pas constatée nous-mêmes. Il se produit, en effet, dans l'abduction forcée de l'avant-bras étendu, par traction du ligament latéral externe. A un degré léger, il peut exister presque sans déplacement, et être considéré comme une forme un peu accentuée de l'entorse interne du coude ; ce matin même, nous en avons vu un exemple sur un enfant de 8 ans, chez lequel, dans un coude extrêmement gonflé, nous n'avons trouvé aucun déplacement, mais, comme unique signe local, une vive douleur à la pression sur l'épitrochlée normalement saillante; et il a fallu la radiographie pour nous faire voir une mince lamelle osseuse, l'extrême pointe de l'éminence, légèrement abaissée.

Après l'entorse simple, après ce tout petit décollement épiphysaire, après le décollement plus important et à grand déplacement, la continuation du mouvement forcé d'extension et d'abduction va produire la luxation en arrière, exactement comme dans les cas ordinaires, où, chez l'adulte, le ligament latéral externe trop tendu se rompt. La seule différence est que, chez l'enfant, à partir du moment où existe le point épitrochléen, c'est-à-dire à partir de 5 à 6 ans, il est assez souvent plus facile, par abduction forcée, d'arracher cette petite épiphyse que de rompre le ligament latéral interne.

Cet arrachement des saillies latérales est sans doute, chez notre malade actuel, la cause du degré léger, mais anormal, d'instabilité du cubitus après réduction le premier jour, alors que le radius n'était pas réduit. Ce doit nous être un avertissement de ne pas trop tôt mobiliser le coude après une luxation de cette espèce, où il faut craindre une facilité de récidive dépassant l'ordinaire. Aussi, au lieu de prescrire la mobilisation presque immédiate, ai-je conseillé de comprimer pendant 12 à 15 jours la région dans un appareil ouaté, à angle droit. Mais ce que j'ai vu jusqu'à présent, étant mis à part les cas où l'interposition osseuse a nécessité l'arthrotomie, me permet de penser que de ces petits arrachements ne résultera aucune diminution dans la solidité ultérieure du coude.

THÉRAPEUTIQUE

La valérobromine.

A. — Bromovalérianate de soude.

Depuis fort longtemps, les propriétés antispasmodiques de la valériane et des bromures sont connues et utilisées. Depuis longtemps on a cherché à associer ces deux substances ; mais ces associations présentent généralement les inconvénients des deux produits (odeur, goût, troubles digestifs, accidents cutanés, etc.) sans présenter une augmentation équivalente de l'action physiologique et thérapeutique.

Ce sont ces inconvénients des mélanges qui ont donné l'idée de combiner plus intimement ces deux substances et de les administrer sous forme de *bromovalérianate de soude*, ou *valérobromine*. C'est ce nouveau produit que M. le Docteur Roué nous fait connaître dans sa thèse.

Des expériences qu'il a faites sur les divers animaux de laboratoire, il résulte que la valérobromine n'est nullement toxique aux doses thérapeutiques pour les animaux à sang chaud (la toxicité étant de 2 grammes environ par kilog. d'animal).

A doses moyennes, la valérobromine ralentit légèrement la respiration sans en modifier le rythme. De même elle abaisse légèrement la pression sanguine et diminue le nombre des pulsations cardiaques. Elle n'a aucune action sur les phénomènes digestifs ni sur la sécrétion urinaire. Enfin l'action élective de la valérobromine se produit sur les centres nerveux dont elle diminue considérablement l'excitabilité réflexe.

Passant à l'étude des propriétés thérapeutiques de la valérobromine, M. le Dr Roué nous rapporte des observations d'épilepsie, d'hystérie, de neurasthénie, de palpitations, d'œsophagisme, de goitre exophtalmique, d'insomnie, de coqueluche, de migraine, de chorée, où on a essayé le traitement par la valérobromine.

Dans les cas d'épilepsie, la valérobromine semble au moins aussi efficace que le bromure sans en présenter les inconvénients ; ce qui permet de faire subir au malade un traitement plus intense et plus prolongé.

Dans cinq observations d'hystérie, les malades ont toutes bénéficié du traitement par la valébromine qui, tout en atténuant les symptômes de la maladie, a modifié favorablement l'état psychique.

Dans la coqueluche, la valérobromime a donné également de bons effets chez les enfants en diminuant le nombre et l'intensité des quintes.

Dans aucun cas on n'a observé de phénomène d'intolérance ou d'intoxication.

Passant à la posologie, M. le Dr Roué a administré la valérobromine sous deux formes, soit enveloppée dans du gluten sous forme de capsules contenant chacune 0 gr. 25 de médicament, soit sous forme de solution dosée à 0 gr. 50 de principe actif par cuillerée à café.

Les doses à administrer varient beaucoup :

Dans l'épilepsie, il faut donner en moyenne trois à quatre grammes de valérobromine par jour, soit 7 cuillerées à café de solution.

Dans l'hystérie, les doses moyennes s'abaissent à deux grammes par 24 heures.

Pour la coqueluche, la dose efficace varie entre 1 à 2 gr. de médicament, soit 2 à 4 cuillerées à café par jour.

Pour les autres affections dont nous avons parlé la dose est de 2 à 3 gr. par jour.

En résumé, la valérobromine est un antispasmodique sédatif du système nerveux, sans action nocive sur l'organisme. Son emploi est à recommander toutes les fois qu'il y a exagération de l'excitabilité des centres nerveux.

Les doses journalières à employer varient entre 1 à 4 gr. que l'on prescrit sous forme de capsules,

*

dosées à 0 gr. 25, ou de solution, qui contient 0 gr. 50 de médicament par cuillerée à café.

ERRATA.

Dans l'article : *Une opinion personnelle sur le Thiocol* paru dans le dernier numéro du *Concours médical*, il s'est glissé à l'impression plusieurs coquilles qui enlèvent à certaines phrases leur sens véritable.

Nous prions donc les confrères qui l'auront lu de vouloir bien faire les corrections suivantes :

A la page 360, et à la 4e ligne de la première colonne, lire : antitoxine ou *un* vaccin.

A la 5e ligne : *graine* au lieu de graisse (!)

Au deuxième alinéa de la même colonne et à la 5e ligne, lire : *défenses*, et non dépenses (!)

A l'avant-dernier alinéa de la deuxième colonne même page, et à la 3e ligne, lire : Par *la* suite, au lieu de : Par suite.

Les autres coquilles n'ont pas assez d'importance pour que nous insistions davantage.

Dr M. NIGOUL.
Ancien interne de l'hôpital Péan.

HYGIÈNE

Une intéressante épreuve pratique de désinfection.

Nos lecteurs se souviennent peut-être de l'article de notre collaborateur le Dr A. Leray sur « La désinfection des grands cubages ». Il y contait, en quelques mots, deux exploits dans la pratique de la désinfection par le Fumigator et s'émerveillait de la simplicité d'emploi de ce procédé.

Le Fumigator vient de faire mieux, et son record sera difficilement battu.

Sous la direction de M. le docteur Laburthe, inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'Intérieur, il vient d'être procédé, au *Ministère des Finances*, à la désinfection, par le Fumigator, de cent-deux pièces, dont quelques-unes dépassent la capacité de *quatre mille mètres cubes* ! Il s'agit bien ici de désinfection de grands cubages !

Au point de vue pratique, cette désinfection était hérissée de difficultés. Il faut imaginer, pour s'en rendre compte une salle de quatre mille mètres cubes bourrée d'imprimés, de dossiers de toutes sortes ; une salle haute de dix mètres, longue de quarante, large de dix, où, le soir, après la cessation du travail, le parquet est couvert d'une épaisse couche de papiers, les rayons et les tables sont encombrées de valeurs, titres, etc.

Il va sans dire que dans une telle salle, on ne peut répandre une nuée d'employés, quelque confiance qu'on ait en eux ; cependant, il faut faire vite, il faut que cette salle et d'autres à côté, soient désinfectées le soir même, pour que les employés puissent la réintégrer le lendemain matin de bonne heure.

S'imagine-t-on l'emploi d'un appareil lançant par *un* trou de serrure des gaz aldéhydiques dans une salle de pareilles dimensions ! Pendant combien de temps devrait fonctionner cet appareil !

M. le docteur Laburthe dispose de trois hommes d'équipe du Ministère, c'est-à-dire non habitués au travail auquel on les emploie; ces hommes opèrent sur les conseils du Directeur de la Société du Fumigator. En trente minutes, toutes les issues, fissures de la pièce sont fermées, bouchées, calfeutrées. En vingt-cinq minutes, deux cent soixante fumigators n° 3 sont allumés et ce sont *deux cent soixante trous de serrure* qui vont cracher ensemble, en quelques minutes, la quantité d'aldéhyde formique imposante de 15 kilogs 600 gr.

Ce sont là des chiffres officiels, constatés ; on ne peut les mettre en doute et, devant l'évidence, il faut s'incliner et reconnaître que le Fumigator marque un progrès sensible dans la pratique de la désinfection.

Le contrôle de l'efficacité de ces opérations s'imposait pour un homme soucieux de sa responsabilité. M. le docteur Laburthe, précisément dans le but d'exercer ce contrôle, procéda aux expériences suivantes :

Avant la désinfection, des poussières sont prélevées, au hasard, dans une pièce, sur des dossiers, sur les plus hauts rayons. Une plaque de gélose que l'on met à l'étuve à 37° est saupoudrée légèrement de cette poussière apportée au laboratoire.

Après 24 heures, la surface de cette plaque est envahie par de nombreuses colonies, parmi lesquelles on note des staphylocoques, des tétragènes, des bacilles de Koch, des bacilles sporulés, etc., etc.

Après la désinfection, une quantité de poussières est prélevée arbitrairement dans la même pièce. L'expérience ci dessus est renouvelée. Après 8 jours d'étuve, la plaque de gélose présente quelques colonies de subtilis; mais aucun bacille pathogène n'y est reconnu.

La même série d'expériences faite sur les poussières d'un logement d'employés au ministère, montre que des bacilles de Koch et de la scarlatine qui colonisaient sur gélose, à l'étuve, avant la désinfection, n'apparaissent plus après.

Les plus pessimistes de nos lecteurs reconnaîtront que ce sont là des faits capables d'entamer leur doute de principe, ce doute qui cuirasse d'un triple airain les praticiens trop souvent sollicités d'accorder leur attention à de chimériques découvertes, à d'hypothétiques panacées. Ce ne sont plus des expériences de laboratoire qui plaident en faveur du Fumigator, ce sont des résultats journaliers, de pratique difficultueuse, et qui permettent de prévoir, « *a fortiori* », les plus grands succès dans la pratique courante de la désinfection.

La vulgarisation de la prophylaxie des maladies contagieuses a fait un grand pas.

Dr MAURAT.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

L'huile d'olives à fortes doses dans les affections de l'estomac et du duodenum.

Cohnheim (de Berlin), se basant sur son expérience personnelle, estime que l'huile d'olives à fortes doses (100 à 150 grammes par jour) guérit ou améliore notablement la gastrectasie, pourvu que celle-ci soit provoquée non par un obstacle mécanique, mais par un spasme pylorique occasionné par un ulcère ou une fissure. Il en est de même pour la sténose relative du pylore et du duodénum se traduisant cliniquement par une hypersécrétion continue et un spasme pylorique qui apparaît plusieurs heures après le re. pas, Dans le cancer du pylore, l'huile diminue également le spasme. Les cas d'ulcère pylorique. avec ou sans hyperchlorhydrie, s'accompagnant de douleurs intenses 1 ou 4 heures après le repas, guérissent également par l'huile d'olives ou d'amandes douces, s'il n'y a pas de complications (périgastrite).

L'huile est administrée trois fois par jour, une heure ou une demi-heure avant le repas ; on la fait boire au malade, ou bien on l'introduit au moyen de la sonde ; le matin, on ordonne la valeur d'un verre à boire ; à midi et le soir, deux cuillerées à potage.

L'huile diminue le spasme pylorique ; elle facilite les glissements, et améliore la nutrition ; car, même dans les sténoses marquées, elle pénètre dans le duodenum, pour y être absorbée. L'huile agit en outre comme un narcotique, et, si elle n'est pas rance, ne provoque ni vomissements, ni diarrhée. Quand les malades ne prennent pas volontiers l'huile d'olive, on peut remplacer celle-ci par une émulsion d'huile d'amandes.

Cette médication échoue complètement dans les crampes stomacales d'origine hystérique. Dans l'ulcère, l'hyperchlorhydrie, les sténoses spasmodiques ou organiques du pylore, elle peut éviter la production de la gastrectasie.

L'adrénaline dans les hémorrhagies internes.

Le professeur Schlesinger vient de rapporter à la Société médicale de Vienne deux observations qui établissent les bons effets de l'adrénaline dans les hémorrhagies internes graves.

Le premier malade, 33 ans, ingénieur, était entré à l'hôpital avec tous les signes d'une hémorrhagie intestinale très grave ; c'était un hémophile d'après ses antécédents. Au moment même de son admission, il eut une selle purement sanguinolente, mais le milieu datait déjà de quelques jours. On prescrivit 10 à 20 gouttes d'extrait de capsules surrénales en solution au millième à prendre toutes les heures ; de la gélatine fut également administrée par la bouche. L'hémorrhagie s'arrêta aussitôt. Quoique le patient ait pris 30 grammes de solution d'adrénaline en deux jours, on n'observa aucun accident.

La deuxième observation se rapporte à une femme, âgée de 40 ans, qui fut admise à l'hôpital avec les symptômes d'une maladie de Werlhoff, maculeuse, à début brusque ; des hémorrhagies profuses s'étaient produites par le nez, la bouche, le pharynx ; le sang était rendu abondamment par les vomissements et les selles ; on notait également de l'hématurie et d'abondantes suffusions sanguines. Les hémorrhagies étaient si abondantes, elles se répétaient si fréquemment, que la malade, profondément anémiée, semblait perdue, quand l'administration d'adrénaline par la voie buccale amena un brusque revirement : les pertes de sang s'arrêtèrent aussitôt au niveau des muqueuses digestives et urinaires ; la malade guérit après une longue convalescence.

L'adrénaline se montra aussi efficace et rapidement active dans un grand nombre d'affections hémorrhagiques du tractus gastro-intestinal ; elle fut expérimentée dans les ulcères de l'estomac, les hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde, la tuberculose, les néoplasmes. Jamais on n'observa ni phénomènes d'intoxication, ni hémorrhagie secondaire. La tension artérielle ne subit pas d'élévation notable par l'absorption, chaque heure, de 5 à 10 gouttes d'une solution au millième.

Dans les hémoptysies, l'extrait de capsule surrénale ne se montra pas efficace.

Le benzoate de lithine dans le traitement des opacités de la cornée.

D'après les recherches de tous les auteurs, ce sont des carbonates et des phosphates de chaux, qui, déposés sur les taches de la cornée, en déterminent l'opacité. Or, ce dépôt ne se ferait souvent qu'un certain temps après l'apparition de la tache ; mais parfois il se produirait d'une façon simultanée, et même au stade d'ulcération.

Ces dépôts calcaires se rencontrent avec une fréquence plus grande à la suite des ulcérations traumatiques ou inflammatoires, ou même de brûlures, et aussi de la kératite parenchymateuse. Ils siégeraient dans la couche épithéliale ou sous-épithéliale de la cornée. L'évaporation des larmes, riches en carbonates et en phosphates, sur les ulcérations, faciliterait l'incrustation calcaire de la membrane de Bowmann.

Birnbacher a essayé d'éclaircir ces taches cornéennes en instillant dans l'œil une solution d'acide chlorhydrique à 5 %, dont l'excès était neutralisé par une solution de soude à 5 % ; toutefois ce médicament serait trop caustique même à ce degré de concentration.

Dans le même but, Mazet a expérimenté le carbonate de lithine ; mais ce sel est trop peu soluble dans l'eau pour faire des collyres suffisamment concentrés ; aussi lui préfère-t-il le benzoate de lithine, et recommande-t-il la formule suivante :

Benzoate de lithine....	0,25 à 1 gramme.
Eau distillée...........	10 grammes.

Instiller une goutte du mélange, deux ou trois fois par jour. Ce collyre ne détermine dans l'œil qu'une légère sensation de brûlure, ou de démangeaison ; dans les opacités cornéennes, produites par des sels calcaires, il donne des résultats merveilleux en éclaircissant les cicatrices.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le but nécessaire des syndicats médicaux.

Avant de donner la publicité du *Concours médical*, journal d'études, à des projets de création de syndicats d'un genre nouveau dont nous venons d'être saisis, il nous a paru sage de prendre l'avis du « Sou médical » sur ce qu'il est permis d'espérer de ces tentatives.

C'est ici, en effet, à propos du procès de Bourgoin, qu'est née l'idée de pousser les Syndicats médicaux à se donner des statuts sévères qui permettraient de doubler la cohésion (et partant l'activité) d'affronter coude à coude la résistance à des groupements hostiles, de rédiger et d'appliquer des programmes vraiment syndicaux qui s'appuyeraient : 1° *sur le respect des droits et de la liberté de nos clients*, 2° *sur la sauvegarde de l'indépendance de notre profession libérale*. — C'est ici par conséquent, qu'il serait bon de dire, d'abord, si la voie était bonne à suivre, quels résultats ont été obtenus, si enfin, d'autres méthodes, dont je parlerai tout à l'heure, doivent prendre place à côté de celle-là, ou se substituer à elle pour la défense des intérêts du corps médical.

Résumons donc, avant tout, les bénéfices obtenus par les syndicats transformés depuis deux ou trois ans.

La première constatation à noter est la rapidité avec laquelle s'est effectué le mouvement. Trente ou quarante syndicats l'ont réalisé tout à fait ; une quinzaine l'ont suivi sans toucher très ostensiblement à leurs statuts, en opérant par voie de règlements intérieurs, de décisions d'assemblées générales, ou encore d'engagements individuels écrits, pris à propos de questions d'espèces ; tous les autres ont fait, dans cette voie, des pas plus ou moins fermes, plus ou moins marqués. De tous côtés, il y a eu progrès évident de l'idée syndicale, à tel point que des groupements sont nés là où jamais ne s'était manifesté le plus faible esprit d'association (témoin le syndicat des Hautes-Alpes, dont nous venons de recevoir l'avis de constitution) ; à tel point aussi, que dans les grandes villes, où la cohésion est si difficile, on a pu mener à bien de très belles campagnes contre les abus des collectivités (Lyon et Nice pour la mutualité maladie ; Paris, Lyon, Lille, Roubaix, etc., contre les Cies d'assurances).

— Le deuxième point à enregistrer, c'est que la formule de transformation n'a guère varié : les statuts du syndicat de l'arrondissement de Versailles qui reproduisaient bien nos intentions ont vu leurs grandes lignes adoptées partout ; il n'y a eu de nouveautés que dans les détails. On a fait ainsi presque sans s'en apercevoir, de l'unification de *pratiques* déontologiques, de l'unification de tarifs, de l'unité d'action, de l'entente sur tous les terrains.

— Troisième point, qui est une conséquence du précédent. Toutes nos sociétés de défense, quelle que soit l'origine des délégués qui les composent ou des membres qui en font partie, sont aujourd'hui en accord de vues presque parfait, s'aidant, se mêlant utilement ; elles ont remplacé les discussions stériles par des actes énergiques de revendication d'ensemble qui viendront à bout des résistances et des abus.

Tout cela est déjà très précieux : l'Union des syndicats et les fédérations régionales en ont senti leur pouvoir doublé, l'efficacité de leur rôle désormais indiscutée.

Remarquons maintenant, en quatrième lieu, ce travail qui s'accomplit très vite, quoique au jour le jour, dans ces syndicats transformés, travail de nivellement des droits, de disparition des privilèges et des monopoles, d'identification générale de tous les intérêts. La tâche, de ce côté, est à peu près terminée dans le syndicat de l'arrondissement de Versailles qui était à l'œuvre le premier et il est déjà suivi de près par plusieurs autres, qui sont décidés, comme lui, à aller jusqu'au bout par la persuasion réciproque, par la pratique de la solidarité scrupuleuse, qui n'est autre chose que la déontologie sans les codes, enfin et surtout, par l'application obligatoire de l'arbitrage à tous les conflits entre médecins.

Nous tenons, dans cet exposé, à nous garder d'un optimisme critiquable, mais n'êtes-vous pas pourtant émerveillés comme nous, par exemple, des résultats obtenus par le syndicat de la Seine au milieu des plus grosses difficultés qui se puissent rencontrer ? Et si pareilles choses ont pu s'accomplir là comme dans nos grandes villes, pourquoi tarderaient-elles longtemps dans nos campagnes où l'analogie des intérêts est bien plus évidente ?

Nous devons donc être encouragés par le passé, mais l'avenir nous donne encore plus de confiance. Pourquoi ?

Parce que nous apercevons nettement où vont les syndicats médicaux actuels, avec leur pacte serré et la parole d'honneur des médecins qui les constituent.

Et où vont-ils ?

D'aucuns leur assigneraient bien seulement comme but d'arriver, dans la défense de nos intérêts vis à-vis des collectivités, jusqu'au point où sont parvenus les syndicats du Rhône et du Lot-et-Garonne. *A priori*, c'est déjà un beau résultat que de traiter ainsi d'égal à égal, de syndicat à collectivité, d'imposer même, dans une certaine mesure, ses conditions d'ailleurs légitimes ; et nous ne fûmes pas les derniers à le signaler. Mais les contrats ne sont jamais éternels, mais l'état d'âme change chez les chefs des collectivités ; puis c'est chose bien contraire à nos principes que de rédiger ainsi, sur le dos de nos clients, à leur insu, des conventions où leurs droits ne seront peut-être pas toujours respectés, s'il plaît à la collectivité oppressive de passer outre à leurs réclamations, de se placer entre eux et nous comme intermédiaire tyrannique, de dicter des ordres ou d'opposer des veto.

Ce *droit de libre confiance du malade en son médecin* est un *droit naturel*, intangible, d'essence rigoureusement *individuelle*, dont le respect s'impose même au législateur, que l'être humain ne saurait lui-même aliéner pour en faire l'objet licite d'une convention sans provoquer la protestation légitime de son instinct de conservation et dont par conséquent, ne peuvent disposer sans abus, le syndicat et la collectivité qui dressent leurs contrats. Nous ne cessons de le dire et de le répéter : la profession médicale est tout entière dans les rapports *individuels et directs* de médecin à client ; c'est sa raison d'être, et c'est parler pour elle de vie et de mort que de laisser discuter ce principe fondamental.

Aussi ne voyons-nous pas dans ces grands contrats de société à société le but final où doivent tendre des syndicals *médicaux* ; ils ne s'inspirent pas assez 1° *du respect des droits du client*, 2° *du respect de l'indépendance du médecin.*

Le but vrai des Syndicats médicaux, celui qu'ils doivent viser et qu'ils peuvent atteindre plus rapidement qu'on ne le pense, celui dont ils ont à se préoccuper sans cesse en cette période de vertigineuse transformation sociale, c'est l'application, à nos rapports avec les collectivités, de nos *pratiques* déontologiques en usage près de tous nos clients : *c'est le retour à la loi commune pour tous ceux de nos malades qui sont des assistés, des assurés, des mutualistes.*

Nous avons eu occasion de dire à Lille, l'année dernière, quelles étaient les assises de cette branche de la déontologie que les maîtres en cette spécialité ont jusqu'ici négligé d'indiquer, quoiqu'elle soit d'importance capitale. Voici quel fut notre langage, nous ne voyons rien à y changer aujourd'hui :

Mais, va-t-on dire, c'est tout un édifice, difficile à construire, et d'autant plus difficile que le sol y est mal préparé.

N'en croyez rien, Messieurs, il n'y faut que quatre pierres angulaires, d'assise large, se touchant entre elles ; nous les avons sous la main.

La première se nomme le respect absolu de la liberté de confiance du malade, des familles ; la seconde est fournie par l'intérêt du public en général, qui ne veut pas que la médecine soit fonctionnarisée et commercialisée par les forfaits et les contrats rabaisiens, parce qu'alors elle serait moins efficace ; la troisième, c'est l'égalité de nos droits et de nos devoirs résultant du diplôme d'exercice ; la quatrième, c'est la solidarité dans nos prérogatives et nos intérêts, solidarité dont chacun, grand ou petit, doit se faire le vigoureux défenseur, non par des paroles, des déclamations, des phrases sonores, mais par des actes.

Rapprochez et cimentez ces éléments, mes chers amis, et vous aurez établi les assises fondamentales de la déontologie appliquée à nos services publics. Je les présente ainsi :

« Le malade, quel qu'il soit où qu'il ait été enrôlé, « soit par le besoin d'association, soit par les lois de « protection sociale, est toujours et partout absolu-« ment libre dans le choix de son médecin. D'autre « part, nous, praticiens, égaux, solidaires les uns des « autres, scrupuleux observateurs de la déontologie, « nous réprouvons et déclinons toute invitation à « prêter notre complicité dans le but de restreindre « cette liberté du malade ou des siens. Ils avaient « hier cette liberté : nous n'admettrons jamais qu'ils « l'aient perdue en devenant prévoyants ou en tom-« bant sous la protection d'une loi qui, d'ailleurs, n'a « jamais entendu les en priver. ».

En ces quelques lignes, chers confrères, trouveront leur origine toutes les règles déontologiques à édicter vis-à-vis des diverses collectivités, et elles en découleront sans le moindre effort, s'adaptant par d'insignifiantes nuances aux nécessités spéciales à envisager. De toutes mes forces j'insisterai sur ce point capital de mon exposé, car il tient en germe toute la révolution nécessaire, et il en fixe la marche. Le corps médical la fera, cette révolution pacifique ; il le faut, il y est acculé ; mon rêve serait que demain les syndiqués qui m'écoutent se missent à l'œuvre sans perdre un instant. C'est la tâche qui s'impose partout, qui s'impose à tous ; pas de désaccord pour la confier aux syndicats reconstitués, elle est leur raison d'être, leur but primordial, car qui dit syndicat, dit organisation de défense collective contre les attaques collectives, qui trouvent les isolés dans la plus complète impuissance et les écrasent avant même qu'ils aient eu le temps de se ressaisir et de se mettre en garde. N'est-ce pas devant la menace des collectivités que nos syndicats ont en effet surgi ?

Défense d'une liberté sacrée de tout citoyen, et, par là même, sauvegarde absolue du caractère libéral et indépendant de la profession médicale : tel est le but bien défini vers lequel marchent avec discipline et rapidité appréciable nos Syndicats actuels. Par cette attitude, nos droits et nos intérêts sont indissolublement liés au respect de cette inaliénable liberté de confiance dans le médecin, qui reste un droit imprescriptible pour chacun, dans ces masses profondes que nous pousserons nous-mêmes vers les organisations de mutualité, de prévoyance, d'assistance ou d'assurance sociale, en créant, dans chaque adhérent, un défenseur de nos propres droits. Si bien que le courant de transformation sociale, qui nous emporte tous, nous réservera la place qui nous revient, au lieu de nous submerger en détail, et que nous n'aurions rien à redouter de lui.

Tel est bien, pour nos Syndicats actuels, l'horizon devant lequel ils poursuivent la défense de notre profession.

Mais voici que surgissent, deux propositions de modification du programme de ces sociétés ou plus exactement de groupements à juxtaposer.

La première tient dans le projet que vous soumet notre confrère Diverneresse sous le titre d'*Association professionnelle pour la suppression des monopoles médicaux*. Son titre dit ce qu'elle est : les articles 3 et 4 des statuts le précisent ainsi :

Article 3

La Ligue a pour objet de poursuivre, par tous les moyens légaux, la défense des intérêts matériels et moraux de la profession médicale, la stricte application des règles de la déontologie, et particulièrement la réalisation, d'une part, du droit pour le malade de se confier au médecin qui lui plaît, et d'autre part, pour le médecin, du droit de soigner librement le malade qui l'a choisi ; c'est-à-dire, en fait, la suppression de tous les intermédiaires médicaux, et la réalisation de la liberté de confiance.

Article 4

Pour être membre actif de la Ligue, il faut :

1° Etre docteur en médecine, exercer sur le territoire français ;

2° Jouir de ses droits civils et politiques ;

3° N'être médecin d'aucune société de quelque nature que ce soit pratiquant l'assurance contre les accidents, tels qu'ils sont régis par la loi de 1898, ni d'aucune exploitation industrielle, commerciale, minière ou de transport, soumise à ladite loi ;

4° Etre inscrit au « Sou Médical » ;

5° Faire parvenir au Secrétaire une demande ainsi conçue :

Je soussigné (nom et adresse), *après avoir pris connaissance des Statuts de la Ligue des Médecins libres de France, déclare me trouver dans les conditions requises à l'article 4 et m'inscrire à ladite Ligue comme membre actif.*

(Date et signature légalisée).

Dans la séance qui suit la réception de cette demande, le Comité Directeur en prend connaissance, l'entérine et en donne récépissé au postulant.

L'identité du but, la condition d'être membre du « Sou médical » et de l'Union des Syndicats (celle-ci prévue plus loin par l'article 26) ne permettent pas de douter que cette Ligue, proposée par Di-

vorneresse, ne contrariera en rien l'application du programme que nous avons tracé. Premier point à noter.

Mais quelle est sa raison d'être ? La voici :

L'unification absolue des intérêts par suppression des monopoles n'est pas réalisable du jour au lendemain dans nos Syndicats actuels, et, pourtant, l'action judiciaire introduite par un syndicat n'est recevable que si cette unification est faite : le Tribunal de la Seine en a donné récemment la preuve à propos des médecins dits de compagnies d'assurance, et nos groupements un peu composites sont, de ce fait, réduits à l'impuissance (à commencer par le « Sou médical » lui-même, s'il poursuivait quelque jour directement).

Eh bien, la Ligue des médecins libres, se constituant en avant-garde de notre mouvement général, et ne comprenant que des médecins qui ont déjà réalisé individuellement ce que nous rêvons pour tout le corps médical collectivement, sera indubitablement qualifiée pour ouvrir toutes les brèches où nous passerons ensuite. Elle jouira d'une liberté d'ailleurs, qui lui permettra l'attaque ou la résistance sur tous les terrains, devant le centre dont nous sommes, et qui ne perdra pas le contact avec elle. *Ligue des médecins libres*, elle tiendra toujours le drapeau en avant de la ligne de bataille, rôle périlleux, rôle d'action sans trêve, de dévouement et d abnégation, rôle digne des meilleurs d'entre nous. C'est là un concours qu'après plusieurs mois de méditation nous vous proposons d'accueillir et d'encourager avec reconnaissance, et à la propagande duquel nous croyons devoir travailler activement si votre opinion vient confirmer la nôtre, car il ne s'agit bien là que de faire *progresser* le mouvement syndical vers le but défini jadis après le procès de Bourgoin.

Sous un jour très différent, et, disons le mot, sous un aspect très inquiétant, nous apparaît une tentative discrètement faite à Lille et dans la région par l'essai d'organisation d'une *Fédération nationale du Prolétariat médical.*

Nous tenons à reproduire les documents qui nous sont parvenus à ce sujet, car il faut que la question qui se présente avec ce caractère inattendu soit étudiée en toute connaissance de cause. Ci-dessous par conséquent : 1° la lettre d'envoi des statuts, 2° le Bulletin d'adhésion, 3° le règlement de la Fédération, 4° les articles importants des statuts, 5° le programme des revendications générales d'ordre professionnel que se donne le groupement nouveau.

Fédération nationale du Prolétariat Médical de France

Syndicat
Section
Adhérent, Nom
Adresse

(SIGNATURE DE L'ADHÉRENT)

FÉDÉRATION NATIONALE DU PROLÉTARIAT MÉDICAL DE FRANCE

Règlement.

1° Conformément à l'art. 5 de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, il est constitué entre les syndicats médicaux régis par les statuts ci-après ou par des statuts analogues une union de syndicats portant le titre de Fédération nationale du Prolétariat médical de France.

2° Là où il n'existe pas de syndicats locaux ou régionaux adhérents à la Fédération, les médecins peuvent donner individuellement leur adhésion à la Fédération, à la condition toutefois d'accepter et de se conformer aux statuts ci-après. Lorsque dans une région, le nombre des adhésions individuelles atteindra le chiffre de trois, il sera constitué un syndicat régional.

3° Le but de la Fédération est : a) de poursuivre sur le terrain national l'action que le syndicat poursuit sur le terrain local ou régional, ainsi qu'elle est définie à l'art. 2 des statuts ci-après ; b) d'unifier l'action des syndicats adhérents ; c) d'établir un lien entre les médecins prolétaires de tous les pays.

4° Son action générale est déterminée par les Congrès nationaux. Ceux-ci ont lieu annuellement; chaque délégué a droit à autant de voix qu'il représente de membres cotisants. Les décisions sont prises à la majorité relative.

5° Son siège social actuel est à Lille, 31, rue Léon-Gambetta (Hôtel des Syndicats). Il pourra être changé dans les conditions légales. Le nombre de ses membres est illimité.

6° L'administration de la Fédération est confiée à un Bureau composé au moins d'un secrétaire et d'un trésorier. Le Bureau de la Fédération a, vis-à-vis de la Fédération, les mêmes droits et les mêmes devoirs que le Bureau d'un syndicat régional vis-à-vis de ce syndicat (V. art- 14 des statuts ci-après).

7° La cotisation à la Fédération est fixée chaque année par le Congrès.

STATUTS

A. — Définition. — But.

ARTICLE PREMIER. — Sous le bénéfice :

1° De la déclaration suivante :

Considérant d'une part que l'extension des lois d'assistance sociale et d'hygiène publique, et la multiplication des collectivités privées de toutes sortes entraînent une transformation profonde dans l'exercice de la profession médicale ; à côté de la vieille « *profession libérale* » se développant de plus en plus une *profession médicale salariée* ;

Que cette transformation est inéluctable ; car elle est une des conséquences du travail évolutif qui se poursuit dans la société tout entière sous l'action intérieure et sourde de phénomènes économiques implacables ;

Qu'elle est même déjà suffisamment avancée pour permettre d'établir dans le chaos de notre stade de transition une ligne de démarcation nette entre le médecin « *honoré* » par une clientèle privée vis-à-vis de laquelle il reste pleinement indépendant, et le médecin « *salarié* » dont la situation dépend avant tout des collectivités qui l'emploient ;

Que ces deux aspects de la profession médicale représentent deux catégories professionnelles ayant une signification sociale différente, et par suite jugeant de points de vue différents, accusant non seulement une compréhension différente de mêmes besoins et une conception différente de mêmes intérêts; mais aussi des besoins et des intérêts d'un autre ordre ;

Que la coexistence dans un même syndicat de catégories professionnelles aussi dissemblables ne peut amener que de la confusion dans les résolutions à prendre, de l'incertitude et du flottement dans l'attitude générale du Syndicat, et est par suite pour ce dernier une cause de faiblesse et de division ;

Considérant d'autre part que cette constitution d'une profession médicale *salariée* n'est autre chose que la prolétarisation d'une partie du corps médical, que le rejet dans le prolétariat d'une catégorie nouvelle de travailleurs ;

Que, par suite, il en résulte fatalement une solidarité d'intérêts et une communauté d'idéal entre les médecins prolétaires et le prolétariat tout entier ;

2° De la loi du 21 mars 1884 relative aux Syndicats professionnels ;

3° De la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;

4° Des articles 1142 et suivants du Code civil sur les obligations et leurs sanctions ;

Il est constitué entre les médecins qui auront adhéré par signature aux présents statuts une association professionnelle dite :

. . . .

Art. 2. — Elle a pour objet :

1° L'action commune avec les autres syndicats professionnels prolétariens pour l'étude et la défense des intérêts généraux intéressant le Prolétariat tout entier et pour l'émancipation définitive de tous les travailleurs ;

2° L'étude, au jour le jour, des conditions de travail et d'existence du *Prolétariat médical*, c'est-à-dire des médecins en tant que salariés, et la défense de ses intérêts ;

3° La détermination de ses revendications et l'action en vue de les faire aboutir ;

4° L'organisation du Prolétariat médical dans le but de poursuivre son émancipation par la socialisation des différentes institutions d'ordre sanitaire et médical dont l'administration serait confiée — sous le contrôle de la société — aux délégués du Prolétariat médical organisé ;

5° Conséquemment, l'étude, la préparation et l'application — sous le contrôle et avec l'aide des fédérations syndicales ouvrières — conformément aux données de l'évolution économique et sociale — des mesures générales d'organisation médicale et sanitaire, en s'efforçant d'y rattacher les tentatives — administratives ou privées — de médecine ou d'hygiène publique et d'assistance médico-sociale.

Art. 3. — Son siège social actuel est à

. . . .

Il pourra être changé dans les conditions légales. Le nombre de ses membres est illimité.

B. — *Admissions*

Art. 4. — Est admis de droit tout *médecin* qui remplit les conditions suivantes :

1° Avoir la capacité d'exercer la profession médicale en France.

2° N'avoir sous son autorité ou sous sa dépendance aucun autre médecin, sauf les cas où cette autorité lui serait confiée par le Syndicat lui-même, ou avec l'approbation du Syndicat.

3° Présenter une déclaration écrite d'adhésion, dans laquelle le candidat: *a*) certifie avoir pris connaissance des statuts et de leurs considérants, ainsi que des revendications générales du syndicat, et les accepter ; *b*) s'engage à utiliser, en faveur des revendications et des résolutions syndicales, l'influence dont il pourrait disposer par suite des fonctions qu'il serait appelé à remplir.

L'adhésion sera insérée au procès-verbal de la plus prochaine assemblée générale, lequel sera signé par les membres du bureau.

Art. 5. — Les *étudiants en médecine* régulièrement inscrits près d'une Ecole ou Faculté de médecine, pourront adhérer au Syndicat. Leur admission se fera sur la présentation d'un membre du Syndicat. Ils pourront assister à toutes les séances, participer aux discussions, mais non aux votes ; ils pourront créer une *section spéciale* à l'effet d'étudier les questions les intéressant plus spécialement. Par suite de leur présence, le Syndicat aura à s'occuper de toute question relative à l'organisation de l'enseignement médical.

REVENDICATIONS GÉNÉRALES D'ORDRE PROFESSIONNEL.

I. — *Recrutement des médecins.*

Toute nomination à une fonction médicale doit être : soit subordonnée à l'approbation du syndicat ou à l'assentiment des confrères intéressés, soit acquise par voie de concours.

Dans le cas spécial où cette nomination est la conséquence d'un concours. — étant entendu que ce concours doit être restreint à une appréciation des titres, travaux et services antérieurs — le syndicat doit être représenté dans le jury par un délégué ayant voix délibérative.

Toute nomination n'est valable que pour un laps de temps déterminé. Ce temps écoulé, la réinvestiture, à moins de cas exceptionnels reconnus par le syndicat, est soumise aux mêmes formalités que la première nomination.

II. — *Conditions de Travail.*

a) La *rémunération* du médecin est déterminée en prenant pour base : 1° soit l'*intensité du travail fourni* ; 2° soit la *durée du travail*.

S'il est pris comme base de rémunération l'*intensité du travail* fourni, cette rémunération se fera *à la visite*, au taux d'un tarif à déterminer par le syndicat.

Si le médecin est rémunéré selon la *durée du travail*, cette rémunération pourra avoir lieu soit au *mois* ou à *l'année* (lorsque le travail à effectuer offre une certaine régularité et se trouve nettement déterminé d'avance. Ex. : le praticien appelé à donner des soins dans certains établissements : hôpitaux, dispensaires, etc. ; les préparateurs, assistants, dans des établissements scientifiques ou d'enseignement, etc.) ; soit à l'aide de *jetons de présence* (dans le cas où ce travail peut n'être exécuté que d'une façon irrégulière ou par intermittence, pour les membres de commissions diverses par exemple). En cas de *traitement annuel*, celui-ci sera soumis à ratification du syndicat, lequel se basera, pour motiver son appréciation, sur le genre de travail demandé, le temps nécessaire à son exécution, les obligations imposées par la fonction et les conditions de vie locales. — La valeur du *jeton de présence* sera également déterminée d'accord avec le syndicat.

Toutes les fois que cela sera possible, la *durée du travail* sera de préférence prise comme base d'appréciation de la rémunération du travail.

b) Dans les cas où la rémunération a pour base la *durée du travail*, cette durée ne pourra dépasser une moyenne de *huit heures* d'un travail effectif journalier.

c) Organisation du *repos hebdomadaire* et d'un *service de vacances*, accordant annuellement à chaque médecin un congé de *deux mois*, avec maintien du traitement si la rémunération se fait au mois ou à l'année.

Lille (date de la Poste),

Citoyen et cher confrère,

Au nom de quelques camarades du Nord, médecins, qui ont créé ici un syndicat adhérent à la Bourse du Travail de Lille (ci-joints statuts), je viens vous soumettre une idée que nous avons discutée à plusieurs reprises.

En ce temps d'évolution hâtive et de prolétarisation constante et progressive de la Profession médicale, nous avons cru qu'il serait utile de grouper en un organisme spécial les médecins socialistes (c'est-à-dire ceux qui sont conscients de cette évolution) et les médecins qui, non encore conscients de cette évolution, sont déjà salariés ou prolétarisés, et, par suite, subissent les conséquences de cette évolution.

Cet organisme, constitué légalement sous forme d'association syndicale, adhérerait aux fédérations ouvrières (Bourses du travail et confédération générale du travail), prenant ainsi sa place à côté des syndicats ouvriers, dans la lutte économique.

En tête des statuts de notre syndicat, vous trouverez un règlement de la Fédération projetée. Naturellement, ce règlement n'est que provisoire, et, s'il y a lieu, sera discuté dans une réunion ultérieu

re, où vous serez convoqué si vous voulez bien m'envoyer votre adhésion de principe. Dans le cas où vous adhéreriez déjà définitivement, je vous prierai de remplir la feuille d'adhésion ci-jointe et de me l'adresser.

Fraternelles salutations.

Pour le Syndicat et par ordre,

Dr D. VERHAEGHE.

Rue Solférino, 249, Lille.

Le Syndicat médical de Lille et la Fédération des Syndicats médicaux du Nord semblent n'avoir connu la naissance du nouveau groupement que par une intervention de ce dernier dans les élections municipales de Lille et de la région, intervention qui prêta même à confusion entre les Syndicats de cette ville. Notre collègue, M. le Dr Butruille, quand il en entretint la Fédération des Syndicats médicaux du Nord, ne paraissait pas avoir vu les documents ci-dessus, et semblait plutôt pressentir une cause possible de division, qu'il ne la faisait toucher du doigt. Il va nous dire s'il a été plus renseigné depuis.

Mais, quoi qu'il en soit, la propagande s'effectue, puisque c'est d'un milieu éloigné de Lille que nous sont venus les documents, et, la question se posant ainsi, d'une façon générale, dans les régions où se recrutent les membres du « Sou Médical» et du «Concours», nous sommes obligés de la regarder en face.

M. le Dr Verhaëghe, de Lille, membre du Concours médical, dont le nom est seul en védette pour cette campagne, a eu le tort de ne pas user jusqu'ici d'une hospitalité que le journal ne lui eût pas refusée et qui eût au moins levé toutes les incertitudes. Si nous nous trompons sur la légitimité du but qu'il poursuit, ou sur quelque point de l'organisation qu'il prône, nous espérons qu'il voudra bien relever nos erreurs et faire ainsi plus de lumière sur les projets qui nous ont ému jusqu'à nous faire entreprendre la présente étude.

Nos confrères de ce groupement ne sont pas les seuls, quoiqu'ils en puissent penser, à voir où nous mènent les tentatives des collectivités à disposer, sans scrupule, de la liberté de confiance dans le médecin et de l'indépendance de celui-ci, puisque nous-mêmes l'avons dit chez eux, devant eux, il y a dix-huit mois environ, et, bien avant, dans les assemblées générales des Sociétés professionnelles. Ils n'ont donc pas à s'autoriser d'une sagacité spéciale touchant la socialisation abusive de la médecine et les résolutions qu'elle nous impose.

Mais ceci est très secondaire.

Ce qui l'est moins, c'est le point de départ de leur raisonnement, de leur attitude, de leur projet. Au lieu de commencer, comme nous, par la constatation des droits de leurs clients et de leurs propres droits professionnels, de demander ensuite qu'ils ne soient pas diminués et de se grouper enfin, pour que soit reconquis ce qui avait été perdu par faiblesse, isolement, indifférence, égoïsme à courte vue, etc.., ils débutent par en faire abdication complète pour mériter le titre de prolétaires, et se livrer ensuite à des revendications qui sentent beaucoup plus la résignation dans la servilité, que le culte de l'indépendance nécessaire.

Nous avouons ne rien comprendre à cette manœuvré. On ne l'imagina jusqu'ici que faite en cachette par des arrivistes que liait un pacte inavoué. qui sacrifiaient le prestige et l'intérêt général à des avantages personnels immédiats; elle ne s'est jamais pratiquée au grand jour et surtout sous cette forme syndicale qui est peut-être la manifestation la plus vive de la solidarité agissante. S'inspire-t-elle de la sociologie collectiviste? Nous ne sommes pas assez familiarisés avec celle-ci pour répondre formellement à la question, mais ce que nous savons bien, c'est que, si la société française veut marcher dans ce sens, elle aura toujours un lien individualiste à respecter, c'est celui qui attache le client au médecin, et nos confrères l'ont coupé d'avance en établissant leur programme. Nous croyons possible, comme eux, la main-mise des collectivistes sur bien des professions ; ils les prendront peut-être presque toutes, y compris les plus voisines de la nôtre, mais quand elles auront enrégimenté jusqu'au vétérinaire, elles devront s'arrêter devant les prérogatives inhérentes à l'être humain et laisser à la médecine son caractère de profession libérale. Que signifierait dès lors cette capitulation d'une place imprenable qui doit n'avoir d'autre souci que de faire respecter la zone dont la protection lui fut confiée?

Il serait imprudent d'aller plus loin dans la critique du projet Verhaëghe sans avoir entendu l'auteur : nous avons, comme la Fédération des Syndicats du Nord, exposé nos craintes, et crié « Casse cou » : cela suffit.

En matière de conclusions pour la présente étude, nous terminerons donc en soumettant à votre délibération les trois propositions suivantes :

1° Le « Sou médical », et son organe, le journal *Le Concours médical*, continueront de pousser activement les groupements professionnels dans la voie tracée après le procès de Bourgoin.

2° Toute approbation est donnée et tout appui moral est acquis à la *Ligue des médecins libres de France* dont les statuts et autres documents complémentaires seront publiés au Journal.

3° Le Concours médical sera mis à la disposition de M. le Dr Verhaëghe pour exposé complet du programme que poursuit la *Fédération nationale du Prolétariat médical*, définition précise du but qu'elle veut atteindre, examen des voies et moyens dont elle entend user, etc.,etc., et le « Sou médical » se réserve de juger ensuite ce projet.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS

D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

FINANCIÈRE MÉDICALE

Rapport du Conseil d'Administration de la « Financière Médicale » pour l'exercice 1903.

Messieurs,

Nous avons l'honneur de vous présenter le rapport sur le fonctionnement de la « Financière Médicale » pendant l'exercice de l'année 1903 :

BILAN AU 31 DÉCEMBRE 1903.

Actif.

Société Générale	7 90
Société Française des Reports et Dépôts	6.606 15
Participation	9.440 »
Comptes-courants	188.800 »
Caisse	63 77
Frais de Constitution et d'établissement	7.007 16
Avances à l'Etat	137 54
Maison de Santé de la Plaine Monceau	21.468 40
	233.530 92

Passif.

Capital		220.000 »
Transferts		100 »
Créditeurs divers		233 75
Fonds de réserve		953 55
Dividendes restant à payer :		
Coupon n° 1	867 »	
» n° 2	1.044 »	
» n° 3	2.235 »	4.146 »
Profits et pertes.		
Report de l'exercice 1902	940.81	
Solde de l'exercice 1903	7.156 81	8.097 62
		233.530 92

COMPTE DE PROFITS ET PERTES.

Doit.

Frais généraux	3.650 96
Amortissement des Frais de Constitution	452 08
Solde mentionné au bilan	7.156 81
Total	11.259 85

Avoir.

Intérêts reçus de la Société française des Reports et Dépôts	351 45
Participation	9.440 »
Maison de Santé de la place Monceau	1.468 40
	11 259 85

RÉPARTITION A SOUMETTRE A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.

Somme disponible 8.097 62

Ainsi que vous pouvez le constater, notre bilan se solde, tant à l'actif qu'au passif, par la somme de 233.530,92.

A l'actif, nous relevons 63.77 en caisse, 7,90 à la Société général et 6.606,15 à la Société française de Reports et dépôts, formant un total général de 6.677.82 que nous sommes obligé de conserver toujours disponible tant pour garantir le paiement des coupons échus non encore réclamés (4,146 francs) que pour faire face aux frais généraux. Ce n'est en réalité qu'une très faible réserve de fonds de roulement qui nous rapporte du reste pour l'année courante 2,85 %.

Nous avons reçu comme intérêts dus par la Participation pour les sommes prêtées à ses sociétaires (188.800 francs) ; au taux de 5 % l'an, la somme de 9.440 fr. et pour les fonds placés à la maison de santé de la plaine Monceau (20.000 fr.) une somme de 1.468.40 représentant, net d'impôts, 7,342 % du capital engagé.

A ce sujet, le Conseil est heureux de constater que ses prévisions se sont pleinement réalisées et que cette faible partie de l'avoir social apporte un appoint sérieux aux revenus du portefeuille de notre Société.

Nous saisissons cette occasion pour annoncer que pour l'année prochaine, les prévisions doivent être encore plus importantes, attendu que le succès de la maison de santé de la plaine Monceau s'accentue de plus en plus et nous fait vivement regretter de n'avoir pu lui confier des sommes plus importantes.

Nos frais de constitution et de premier établissement ne figurent plus que pour 7007,16 et nos avances à l'État pour taxes sur le dividende à distribuer ne sont que de 137,54.

Au passif nous trouvons le capital social: 220.000 francs, les transferts à payer 100 francs, les créditeurs divers pour une somme de 233,75, le fonds de réserve s'élevant à 953,55, les dividendes restant à payer sur les coupons nos 1, 2 et 3, 4.146 francs et enfin le compte des profits et pertes s'élevant à 8,097, 62, savoir : Report de l'année 1902, 940,81 et solde de l'exercice courant, 7.156,81.

Si nous examinons maintenant le compte des profits et pertes, nous trouvons :

au débit : Frais généraux pour 1903 (dont l'Etat absorbe à lui seul 1213,46)	3.650,96
Amortissement de frais de constitution	452,08
Solde mentionné au bilan	7156,81
Total	11.259,85
d'autre part le crédit comporte : Intérêts reçus de la Société française de Reports et dépôts	351,45
Participation	9440,00
Maison de santé de la plaine Monceau	1.468,40
Total	11.259,85

Le solde disponible pour l'année 1903 est de 8097,62.

Nous proposons à l'Assemblée générale les attributions suivantes.

5 % à la réserve légale sur 7156.81	357,55
Un dividende de 3 francs par action	6600,00
Impôt sur le dividende de 4 % à verser à l'Etat	275,00
A reporter à l'excercice 1904	864,77
Total égal	8.097,62

En terminant ce rapport, il est bon de jeter un rapide coup d'œil sur le passé. Depuis la création de notre société, quatre exercices seulement se sont écoulés.

Le premier s'est clos après 18 mois par la distribution de 3 % de dividende, le second normal 2 %, le troisième 2,50 % et ce dernier, si vous approuvez ces propositions, nous permettra de donner 3 %. Nous sommes donc en progrès évident.

Et si les hommes de bonne foi (les seuls auxquels nous nous adressons du reste) veulent bien

se rappeler que notre Société n'a été créée que pour mettre en nos mains une arme de défense, ils reconnaîtront avec nous que relever dans les proportions considérables les honoraires de chacun de nous en matière d'accident du travail, et toucher encore 2 à 3 % de son argent, n'est pas une trop mauvaise affaire.

L'administrateur délégué,

Dr A. MAURAT.

REPORTAGE MÉDICAL

Ce que rapportent souvent les certificats médicaux. — La magistrature de Lille vient de distribuer à deux confrères de cette région des avertissements non gratuits touchant la prudence à exiger en matière de certificats et de violation du secret professionnel.

Ne perdons pas de vue ces rappels à l'ordre quand nous certifions si couramment et en particulier sur des faits qui intéressent les Compagnies d'assurances, les mutualités, les administrations, etc..

Le Temps raconte ainsi la chose. — On nous écrit de Lille :

Nous avons exposé les circonstances d'une affaire de séquestration, dont était saisi le tribunal civil de Lille.

Le tribunal vient de rendre son jugement.

Après avoir rappelé les faits d'internement de M. Houtre, enfermé comme fou pendant cinq jours, en janvier dernier, à l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, ainsi que la peine que l'on a eue, malgré l'avis du médecin de cet établissement le déclarant sain d'esprit, à le faire sortir, le tribunal estime qu'il n'a existé aucune connivence entre les trois défendeurs Mme Houtre, le docteur Huart et M. Krebs, maire d'Hellemmes, assignés en payement de dommages-intérêts par M. Houtre.

En ce qui concerne Mme Houtre, le jugement admet sa bonne foi ; quelques jours avant, son mari s'était livré à des violences extrêmes et avait même, en brisant la lampe dans un accès de colère, allumé un commencement d'incendie ; elle avait en face d'elle un alcoolique qui, pour coups à sa femme, avait même été condamné à treize mois de prison.

Pour ce qui touche le maire, M. Krebs, le tribunal juge que sa responsabilité n'est pas davantage engagée. Il a agi sur le vu d'un certificat médical qui lui indiquait un danger imminent.

Mais les juges retiennent une faute à la charge du docteur Huart, qui a délivré le certificat sans revoir le malade.

En conséquence, Mme Houtre et M. Krebs, maire d'Hellemmes, sont mis hors de cause. Quant au docteur Huart, il est condamné à payer à M. Houtre la somme de 1,000 francs à titre de dommages-intérêts.

Cette même affaire a eu, le lendemain, son épilogue devant le tribunal correctionnel de Lille.

Le docteur Masson, de Marq-en-Barœul, avait adressé à son confrère, le docteur Huart, un certificat où il déclarait que jadis il avait soigné M. Houtre, et qu'il avait constaté que, à son avis, c'était un alcoolique invétéré, candidat à l'aliénation mentale. Au cours des polémiques que la séquestration de M. Houtre provoqua, le docteur Huart et M. Krebs publièrent cette lettre.

Le parquet a poursuivi le docteur Masson pour divulgation de secret professionnel.

Le tribunal, dans son jugement, a déclaré que la règle du secret est formelle ; qu'aucun tempérament ne peut y être apporté, et que, notamment, on ne peut tenir compte du défaut d'intention de nuire ou du but poursuivi. Dans l'espèce, il y a lieu de se montrer d'autant plus sévère que le docteur Masson a ajouté dans sa lettre, comme par une sorte de préméditation : « Je vous autorise à faire de cette pièce l'usage que vous voudrez. »

Le tribunal condamne le docteur Masson, pour violation d'un secret professionnel, à trois jours de prison avec sursis et 100 francs d'amende.

Contre l'exercice illégal. — M. le Dr Bourgeois (Reims) exposa dernièrement au congrès d'ophtalmologie comment il s'y est pris pour faire condamner un oculiste américain X., exploitant la région de l'Est. Il est indispensable en pareil cas de recourir d'abord à l'aide des syndicats médicaux et pharmaceutiques. Du côté médical, il n'y avait pas grand' chose à attendre, le nommé X.., étant docteur en médecine français, mais du côté pharmaceutique le nommé X... était fautif, car en même temps que sa consultation, il donne un remède (inoffensif). Dans ces conditions, il faut se faire remettre par le malade le remède en question et lui faire signer une déclaration attestant dans quelles conditions ledit remède lui a été délivré.

Fort de ce papier, le syndicat pharmaceutique peut instrumenter et faire condamner le coupable. Dans le cas particulier, X.. a été condamné à 500 francs, plus 2000 francs de dommages et intérêts, plus insertion du jugement dans les journaux de la localité. Ces journaux servent à dessiller les yeux des gogos.

(*Bulletin médical*).

Faculté et hôpitaux.

Un concours est ouvert en 1904 entre les internes titulaires et provisoires des hôpitaux de Paris, pour l'attribution du prix biennal de 1.000 fr. fondé par feu M. Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

On dépose les manuscrits à l'administration centrale (service du personnel) jusqu'au 15 décembre 1904. Les travaux destinés au concours pour les prix de l'internat ne peuvent être présentés.

— Le concours de médecins des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Gasne, de Massary et Lesné.

— M. Labey, prosecteur, commencera le lundi 13 juin 1904, à une heure et demie, une série de conférences sur les opérations gynécologiques.

Les conférences sont suivies de démonstrations pratiques. Les droits à verser sont de 50 francs. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs LESENNE, de St-Riquier (Somme) et PALHIER, de Monistrot (Haute-Loire), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 25 18 JUIN 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le service officiel de la vaccine.

L'organisation du service de la vaccine dans les départements, soulève des problèmes qui intéressent, au plus haut point, le corps médical.

Il y a tout d'abord la création de médecins-vaccinateurs, nouveaux fonctionnaires qui seront nommés par le Préfet et auront, seuls, qualité pour délivrer le certificat constatant que les prescriptions légales ont été remplies. Ce sont eux qui auront à juger la valeur des certificats qui leur seront présentés, qui pourront prononcer les ajournements, etc. L'Administration ne connaîtra qu'eux.

Il y a ensuite la question de la gratuité des vaccinations en séance publique.

Cette gratuité s'étendra-t-elle indistinctement à toutes les personnes qui se présenteront ? Sera-t-elle, au contraire, réservée aux seuls indigents ?

Le Conseil général du Loiret, dans sa session d'avril. adoptant le projet de règlement qui lui était proposé par le Conseil départemental d'hygiène, avait cru devoir ajouter deux articles spéciaux :

1° Que la gratuité s'appliquerait aux seules personnes, dont une liste aurait été dressée par les Conseils municipaux dans les formes usitées pour l'Assistance médicale gratuite ;

2° Que toutes autres personnes qui se présenteraient aux séances publiques de vaccinations seraient tenues d'honorer le médecin vaccinateur, à raison de 2 francs.

Le Conseil général pensait ainsi se conformer au règlement d'administration publique, le commentaire ministériel disant que la réglementation nouvelle a pour but de « mettre à la disposition des familles, *qui ne pourraient y satisfaire autrement*, des séances de vaccinations gratuites présentant toutes garanties d'efficacité. (*Circulaire ministérielle du 7 août* 1903.)

Il croyait ainsi ménager les finances publiques et les intérêts du corps médical, également intéressés à ce que la gratuité ne s'appliquât pas aux personnes en position de supporter les frais minimes de la vaccination et de la revaccination.

Il se trompait, ainsi que le montre la lettre suivante adressée à M. le Préfet du Loiret par le Ministre de l'Intérieur :

«Après avoir pris connaissance du projet de règlement sur la vaccination obligatoire, que vous m'avez communiqué le 11 mai, j'ai l'honneur de vous faire connaître que la distinction qu'il consacre entre les personnes indigentes ou non indigentes quant à la gratuité de l'opération vaccinale, ne saurait être admise.

«Les séances gratuites de vaccination et de revaccination doivent être ouvertes *sans aucune distinction* à tous ceux qui sont portés sur les listes établies en exécution du décret du 27 juillet 1903, et les personnes non inscrites sur ces listes, comme ne rentrant dans aucune des catégories prévues par la loi, doivent elles-mêmes y être admises dans les mêmes conditions, quand elles s'y présenteront volontairement.

Cette solution, expressément indiquée par ma circulaire du 7 août 1903, résulte nécessairement des dispositions de la loi et du règlement d'administration publique sur la matière, ainsi que le principe même de l'obligation vaccinale, qui implique pour l'Admi-

nistration, le devoir d'en faciliter, dans la plus large mesure, l'observation par les particuliers.

La participation normale de l'Etat et des communes est d'ailleurs acquise aux dépenses du service dans les conditions déterminées par l'article 26 de la loi du 15 février 1902. Elle ne peut manquer d'entraîner pour votre département un allègement sensible des charges résultant du service de la vaccination, et me paraît en conséquence de nature à donner satisfaction à la préoccupation, dont s'inspirait la restriction apportée à la gratuité du service par votre projet de règlement.

Pour le Président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur et des Cultes,
Le conseiller d'Etat Directeur,
Paris, 27 mai 1904. H. MONOD.

Ainsi la chose est entendue, la gratuité s'étendra à toutes les personnes indistinctement, qui se présenteront aux séances de vaccination.

Au début, il y aura peut-être encore de la réserve, mais on peut être certain qu'après quelques années d'expérience, la presque totalité des vaccinations se pratiquera dans ces séances.

Des honoraires convenables seront-ils attribués aux vaccinateurs ? Du moment que l'Etat fait vacciner gratuitement des personnes qui pourraient fort bien rémunérer cette petite opération, il serait mal fondé à réduire les honoraires ; il ne s'agit plus d'indigents, il ne faut pas l'oublier.

Dr A. GASSOT.

LA SEMAINE MÉDICALE

Erratum.

Par suite d'une erreur de composition, on a commencé la «Semaine médicale» du n° 24 du *Concours médical* par un article sur l'emploi thérapeutique du peroxyde de magnésium qui devait, d'après sa rédaction même, être placé à la suite de celui qui paraît aujourd'hui.

Le peroxyde de magnésium dans les diarrhées acides de l'adulte.

MM. BERTHERAND et R. GAULTIER ont apporté à la Société de Thérapeutique les résultats de leurs recherches sur l'emploi du peroxyde de magnésium dans le traitement des diarrhées acides de l'adulte.

Ce corps ne peut se décomposer qu'en milieu acide. Dans le milieu stomacal, l'acide chlorhydrique ou les acides de fermentation décomposent le peroxyde en chlorure de magnésie et eau oxygénée : ensuite les diastases, agissant par catalyse, dissocient l'eau oxygénée en eau et oxygène. Se basant sur cette propriété, ils ont administré le médicament en pilules kératinisées, afin qu'il soit dissocié hors de son passage dans l'estomac.

C'est dans les cas de diarrhée acide seulement que le peroxyde de magnésium a donné de bons résultats aux auteurs.

Sous l'influence de ce médicament, ingéré à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour en pilules kératinisées, les selles diminuent de nombre, sont moins liquides et en quelques jours reprennent un aspect normal; en même temps, elles retrouvent leur réaction habituelle, c'est-à-dire redeviennent neutres. Notons que les auteurs ont cherché à saturer l'hyperacidité gastrique à l'aide des alcalino-terreux administrés en même temps que le peroxyde.

Leurs observations, au nombre de six, viennent donc corroborer l'opinion émise par M. Albert Robin, attribuant au peroxyde de magnésium un pouvoir antiseptique et antidiarrhéique des plus importants, lorsque cette diarrhée a pour origine des fermentations.

La prostatectomie périnéale.

M. le Dr Gabriel FAYSSE, de Lyon, a consacré sa thèse à l'étude de la prostatectomie périnéale, appliquée à l'hypertrophie simple de la prostate.

FEUILLETON

Le découragement.

Voilà une maladie moderne, dont nous ne saurions nous désintéresser, car elle fait des victimes même dans nos rangs. Si Jean pleure davantage qu'il ne rit, ce qui est fâcheux, le facies d'Hippocrate, d'ordinaire un peu grave, s'est encore rembruni et beaucoup des nôtres en arrivent à avoir quelque chose du masque froid, disons même glacial et renfrogné, de feu Charcot, le grand savant, mais aussi le grand taciturne.

Il m'a toujours produit l'effet d'être en représentation, comme la plupart des premiers rôles, des acteurs célèbres, et, peut-être, se croyait-il obligé, par dignité, d'exagérer, avec la pédanterie officielle, le rictus désabusé de sa physionomie.

Il me semble entrevoir des sourires railleurs.... j'aime encore mieux ça, puisque la joie est dynamogène, facteur d'énergie, le meilleur élixir de longue vie. « Les joyeux guérissent toujours », enseignait Ambroise Paré.

Donc, notre génération, semblable à une « bête malade », est embrumée, languissante, prête à se démettre, à ressembler au fumeur d'opium qui ne souhaite que d'oublier et non d'agir. Elle fait songer à la statue de la désespérance de Captier, au Luxembourg, qui, dans une pose plus que sombre, repose sur une ancre brisée.

« Est-ce simple lassitude, épuisement momentané, ou la fin des chimères, des illusions bienfaisantes, le découragement irrémédiable avec la conscience du néant de tout, d'une chute ininterrompue, « loin de tous les soleils », comme l'a prétendu Nietzche: « Ne sentez-vous pas le souffle de l'immensité vide, s'écrie cet apôtre de la désespérance ; la nuit ne se fait-elle pas toujours plus noire ? — N'entendez-vous pas déjà le bruit des fossoyeurs ?.... Quel désert que la terre et qu'y faisons-nous ? »

Il y a lieu d'être inquiet, lorsqu'on constate que les hésitants encombrent les chemins, que tant de médecins ont cessé d'être attachés à leurs fonctions, qu'ils ne se sentent plus adaptés à leur milieu, que leur aridité intérieure ne se laisse plus captiver, que chacune des diversions qu'ils tentent les laissent indifférents.

Usure du corps, usure de l'esprit, serait-on tenté de s'écrier ; fin d'une race sans résignation comme sans espérance. On ne veut plus se contenter d'un bonheur modeste, d'un train de vie uniforme ; on court après la conquête de paradis nouveaux, dans l'affolement d'une vie trépidante, pour aboutir à la constatation de plus en plus sombre de la misère humaine et de l'inutilité de l'effort.

On dirait que toutes nos joies sont déjà dans la bière et qu'il n'y a plus qu'à y coucher les corps.

Par un déplorable phénomène de régression, de

Cette opération a l'avantage de supprimer le résidu vésical et permet aux malades, d'une façon presque constante, de ne plus faire usage de la sonde. La qualité des urines s'améliore et l'état général se relève. La prostatectomie périnéale est très peu grave, mais il importe de faire précéder l'opération d'un traitement préparatoire. Celui-ci aura pour but la désinfection des urines par le cathétérisme régulièrement pratiqué et l'évacuation progressive chez les distendus. Sous cette influence, l'état local et l'état général s'améliorent et le malade se trouve dans de meilleures conditions opératoires.

Pour éviter un échec, on ne pratiquera pas la prostatectomie comme opération d'urgence.

L'indication de la prostatectomie réside dans la rétention vésicale. Il s'ensuit qu'elle est indiquée dans la deuxième et la troisième période du prostatisme, et que ce n'est qu'exceptionnellement, qu'elle pourra être discutée dans la première période.

La présence d'un calcul vésical chez un prostatique rétentionniste constitue une indication à la prostatectomie, bien que, dans certains cas, la lithotritie puisse encore trouver ses indications.

En dehors des contre-indications absolues qui résultent de la constatation d'une diathèse, telle que le diabète, le chirurgien devra, avant de proposer l'opération, tenir compte de l'examen du malade, au point de vue des principaux organes : cœur, poumons, reins, et, d'une façon générale, de sa résistance plus ou moins modifiée par la sénilité, la longue durée de l'affection urinaire ou toute autre affection intercurrente.

En tout état de cause, il sera bon d'exposer au malade la situation au point de vue de la suppression de la génitalité et de la possibilité de l'incontinence tout au moins passagère. C'est à lui de choisir entre la sonde et la prostatectomie.

On devra s'efforcer de dépister, à ses débuts, les formes malignes d'hypertrophie de la prostate, pour éviter de les soumettre à la prostatectomie, au moins telle qu'elle se pratique pour combattre la dysurie prostatique.

En ce qui concerne le procédé opératoire, la voie périnéale remplit toutes les conditions nécessaires au point de vue de la facilité de l'accès, de la technique, du drainage et des résultats cliniques.

Traitement chirurgical du cancer du gros intestin.

M. le Dr J. Barbary, d'Angers, a étudié dans sa thèse inaugurale le cancer du gros intestin au point de vue du traitement chirurgical :

Il proclame, tout d'abord, que l'anus contre nature n'est jamais, dans les cancers du gros intestin, quels que soient leur étendue et leur siège, un procédé de choix. Il doit toujours être un procédé de nécessité.

L'exclusion simple ou double, comme la pratique le professeur Monprofit, dans les cancers inopérables, doit toujours lui être préférée. L'entéro-anastomose de Maisonneuve, qui n'est souvent, somme toute, qu'une exclusion partielle, peut également rendre des services de préférence à l'anus, dans les cas très urgents.

L'entérectomie est et demeure la méthode de choix chaque fois que le cancer du gros intestin est extirpable. Elle seule peut assurer la guérison totale définitive.

Après entérectomie pour cancer, il ne faut pas rétablir la continuité du gros intestin, par entérorrhaphie circulaire, ou par entéro-anastomose par abouchement latéral, et cela, même dans les cas où ces modes d'union sont faciles à faire ; mais pour bien pratiquer l'entéro-anastomose par implantation à distance. Comme l'a bien montré le professeur Monprofit, c'est la méthode de choix à préconiser désormais dans les cas de tumeurs malignes du gros intestin. Elle rend la récidive, qu'en pratique il faut toujours craindre, presque inoffensive pour la bonne circulation future des matières.

---

défaillance contagieuse, la tristesse aux yeux éteints, aux bras ballants, nous étreint, nous paralyse, dans ses formes les plus maussades, les plus revêches. Tout cela n'est pas sain, n'est pas une marque de vitalité.

Cette tendance léthargique empêche de voir clair en soi et autour de soi ; elle aboutirait, si on n'y prenait garde, « au délabrement organique et à l'anarchie intellectuelle ; elle serait capable de rendre notre volonté paresseuse et notre idéation obscure » (Féré).

Certainement, le corps médical traverse une crise comme toutes les professions libérales vers lesquelles bacheliers et bachelettes se ruent avec tant d'impéritie.

Eux et leurs parents commencent même à s'effrayer, à hésiter tout au moins. Le nombre des étudiants en médecine a enfin diminué et l'occasion est propice pour changer d'allure et moins se plaindre.

N'a-t-on pas un peu exagéré la portée de cette crise (1)? On en a tellement parlé qu'on peut supposer, de façon consolante, que le mal s'étalait surtout en surface. Je serais volontiers disposé à lui appliquer une réflexion de Brunetière, à propos de la prétendue décadence des races latines : « Le premier degré de la décadence, soutient-il, est d'y croire, et pour cette seule raison qui peut suffire à nous dispenser de toutes les autres, n'y croyons pas. »

Lorsqu'on se sent grand, on fait de grandes choses, a dit Taine, en parlant de l'ancienne prospérité de Venise (*Voyage en Italie*.) La leçon est bonne à retenir pour les peuples comme pour les individus. Chacun de nous peut aussi faire œuvre durable, à condition que sa personnalité reste entière, ne lui échappe pas, ne tourne pas au déséquilibre et à l'hypochondrie.

Gardons-nous des pessimistes, des Jérémies, des lanceurs d'anathèmes, de tous les détraqués, qui malgré le passé, voudraient nous faire douter de la vitalité de notre race, de ses qualités militantes, ou pourraient troubler la virilité des plus résolus ! N'en déplaise aux admirateurs de littérature scandinave, la clarté ne vient pas du pays des brouillards.

Redoutons de subir l'influence de cette *Force ennemie*, si bien mise en relief par Antoine Nau, le lauréat de l'Académie de Goncourt, cette force néfaste qui s'infiltre peu à peu dans un esprit, qui le possède, le transforme pitoyablement, substituant à une mentalité vigoureuse une âme veule, moins raisonnable, incapable de réagir et acculée à l'impuissance.

Il s'agit au contraire d'insuffler une nouvelle énergie à ceux qui sont sans ressort, de leur rendre la notion de leur valeur et de leur responsabilité. Qu'ils fréquentent les cours d'orthopédie psychique de

(1) N. D. L. R. — Notre confrère peut être sûr que nous n'avons rien exagéré : nous ne sommes pas des découragés et on nous reproche plus souvent l'audace que l'inertie.

L'exclusion est encore un procédé de choix dans certains cas particuliers d'entérectomie en plusieurs temps. Elle possède tous les avantages de l'anus contre nature sans en avoir les inconvénients, et, mieux que lui, elle permet à la lésion, par le repos complet qu'elle donne à l'anse malade, de marcher rapidement vers cet état d'euphorie qui la rendra extirpable.

L'exérèse sera simple et rapide lors de la cure radicale, puisque la circulation intestinale est d'avance rétablie par l'exclusion pratiquée jadis. L'anus contre nature nécessite au contraire deux temps opératoires, une série d'interventions parfois infructueuses.

L'iode comme topique utérin dans les infections puerpérales.

Nous avons vu combien le thigénol pouvait rendre de services dans la pratique de petite gynécologie. Dans certaines circonstances, l'iode paraît préférable : c'est à l'étude de ces circonstances que M. le Dr Léopold Aumont a consacré sa thèse.

Voici ses conclusions très précises :

L'emploi de l'iode comme topique intra-utérin est indiqué :

1° Sous forme d'injections utérines en solution aqueuse à 3/1000 dans le traitement prophylactique de l'infection puerpérale dans les cas suspects (rupture prématurée des membranes, touchers répétés, mort du fœtus *in utero*, extraction artificielle du fœtus ou de l'arrière-faix, etc.).

2° A titre curatif, sous forme d'injection utérine *post partum*, dans les cas où la température commence à dépasser 37°5, alors que la source de l'hyperthermie débutante ne peut être décelée en dehors de l'utérus (tube digestif, mamelles).

3° A titre curatif, comme topique en solution alcoolique, teinture d'iode, porté directement par frictions et attouchement sur toute la surface de l'endomètre.

4° Sous cette même forme topique, préalablement à toute manœuvre d'exérèse instrumentale de produits infectés, adhérents à l'utérus, dans le but de prévenir une recrudescence d'infection (fièvre de réinfection) liée à l'absorption des amas aseptiques dilacérés, par les vaisseaux veineux et lymphatiques artificiellement ouverts.

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la ventouse mammaire.

M. le Dr J. Barthès, de Montpellier, a étudié récemment dans sa thèse l'action de la ventouse mammaire sur les vomissements incoercibles de la grossesse et voici les résultats de ses recherches :

L'application de la ventouse mammaire a été faite dans six cas, et ces six cas ont été absolument guéris. Ces succès peuvent être expliqués, selon les circonstances, par la suggestion, si on a affaire à des vomissements hystériques, ou plutôt par une dérivation sur les seins de toxines d'origine utérine, si on a affaire à des vomissements par auto-intoxication.

Quand les autres traitements auront échoué — ou mieux, avant d'avoir fatigué la malade par des remèdes — au moment d'en arriver à cette thérapeutique de désespoir qu'est l'avortement, on n'a pas de raisons pour ne pas essayer la ventouse mammaire, procédé simple, facile, inoffensif, et qui, jusqu'à aujourd'hui, a réussi toutes les fois qu'on a bien voulu en user.

Et maintenant voici ce qu'est la ventouse mammaire : « Cette ventouse, telle que je l'ai réalisée après de nombreux tâtonnements, dit M. le Dr Dumas, se compose d'un corps semi-sphérique destiné à englober le sein et d'une poire aspiratrice pour faire le vide.

« Le contour inférieur de la ventouse, pour se mouler sur le thorax de la femme, de la femme maigre surtout, ne doit pas avoir la forme d'une circonférence parfaite. La partie qui entoure la de-

---

l'*Ecole du bonheur*, fondée par l'un des nôtres, le docteur Valentin, pour combattre les erreurs évitables qui font de nous, trop fréquemment, des êtres faibles, lâches, détraqués et désenchantés. Ils y apprendront les moyens de raréfier les douleurs humaines, par une éducation mieux comprise de nos tendances, une utilisation plus sage de nos énergies et le sentiment de la solidarité.

Avec Pierre Leroux (*De la perfectibilité humaine*), il est consolant de croire à l'incessant développement de nos virtualités, à l'amélioration progressive de notre moi, chaque génération nouvelle étant plus forte, plus intelligente, plus vertueuse que ses aînées, et se rapprochant peu à peu du type éternel de justice et de perfection, vers lequel gravite l'humanité.

Au lieu de jouer le rôle bien désuet de Cassandre, qui ne sut jamais se faire écouter, mieux vaut avoir une foi robuste dans l'émancipation définitive des intelligences et des cœurs et préparer l'individu à la pleine et consciente expansion de sa personnalité.

Aussi, malgré ce qu'il y a de fondé dans les doléances de ceux qui ont laissé des plis sombres se creuser sur leur visage et au-dedans d'eux-mêmes, n'imitons pas leur prostration, ne subissons pas leur découragement. Nous ne devons pas déserter la tâche, étant dans le cas de l'ouvrier qui n'aurait pas fini sa journée.

Sans doute, il serait temps de voir émerger de tant d'anxiétés quelque verte espérance, capable de retremper les plus abattus. Ce sera probablement l'œuvre de demain ; leur sort ne pourrait que devenir plus douloureux, s'ils continuaient à douter de tout et d'eux-mêmes. Il faut en croire la philosophie résignée qui soutient par la bouche de Figaro, que tout s'arrange à la longue et finit, non par des cataclysmes, mais par des chansons.

Le médecin, pour être à la hauteur de sa tâche et avoir des initiatives fécondes, pour ne pas décourager ses malades et faire fuir la clientèle, ne doit pas être triste, abattu, morose ; il doit avoir une haute opinion de sa profession, et, malgré quelques déceptions passagères, la considérer comme généralement supérieure aux autres.

Sans marcher sur les traces d'Eugène Süe et renouveler son plaidoyer en faveur de l'orgueil, je dois au moins reconnaître que la mission élevée que le praticien est appelé à remplir, que la conscience de sa valeur propre, ne peuvent qu'engendrer de généreux efforts, de louables résolutions.

Comment voulez-vous qu'un consultant, qui est appelé à se prononcer avec rapidité et sans hésitations, à distribuer quotidiennement autant de consolations que de remèdes, puisse s'imposer, avoir l'assurance et la sûreté de jugement qui inspirent la confiance, la chaleur communicative qui rend l'espoir, s'il a lui-même abdiqué, si son courage est défaillant, s'il n'est pas convaincu de l'importance de son rôle, s'il n'est pas assuré qu'il possède les

mi-circonférence externe du sein doit se prolonger en un arc de cercle dont la corde a 0,02 centimètres environ, afin d'atteindre la paroi du thorax, qui, dans ce point, fuit, devient latérale. Sans ce prolongement, l'adaptation de la ventouse sur le thorax serait imparfaite et le vide difficilement obtenu. Le corps de la ventouse doit avoir une hauteur telle que, même pendant l'inspiration, le mamelon ne puisse atteindre le fond.

« La ventouse appliquée sur le sein de manière à l'englober complètement, on commence l'aspiration, que l'on continue jusqu'au point ou la poussée du sein devient douloureuse. J'ai toujours fait appliquer la ventouse le matin, avant le lever, et l'ai toujours laissée en place de 25 à 30 minutes sur chaque sein. La durée du traitement a varié de 4 semaines à 6 mois, suivant les états qu'il s'agissait de combattre. Le volume du sein, variable chez les jeunes filles et chez les femmes mariées, m'a mis dans la nécessité de créer trois types de ventouses ; le n° 1 correspond à la plus petite.

« Il est bien évident, dit toujours le Dr Dumas, que le moyen employé pour accroître l'irrigation et l'innervation du sein et mettre ainsi en jeu son action sur l'utérus, et par celui-ci sur tout l'organisme, devra être absolument inoffensif pour cet organe, respecter ses fonctions, sa forme, sa beauté. Tel est le problème qui s'impose et que ma ventouse a, ce me semble, complètement résolu. Il y a plus ; non seulement la beauté plastique du sein n'a rien à craindre de l'emploi de cet instrument, mais, dans bien des cas, il favorise son développement et active sa fonction nourricière. »

Transformation du régime des réflexes cutanés dans les affections du système pyramidal.

On admet généralement, dit M. le Dr Babinsky, dans la *Revue Neurologique*, que les lésions du système pyramidal agissent d'une manière opposée sur les réflexes tendineux qu'elles exagèrent, et sur les réflexes cutanés, qu'elles affaibliraient ou aboliraient.

Autrefois déjà, plusieurs auteurs, en particulier Rosenbach, ont signalé dans l'hémiplégie organique cet antagonisme que van Gehuchten a récemment cherché à faire ressortir, qui lui semble surtout frappant dans la paraplégie spasmodique et auquel il attache une importance séméiologique capitale. Les travaux de van Gehuchten sur ce sujet ont été vivement discutés par plusieurs neurologistes, entre autres par Crocq.

Or, d'après ses observations et ses recherches personnelles, M. Babinski croit être en droit de tirer les conclusions suivantes.

Dans les affections du système pyramidal, l'affaiblissement ou l'abolition du réflexe abdominal et du réflexe crémastérien contraste, il est vrai, avec l'exagération des réflexes tendineux ; mais si l'on considère les réflexes cutanés en général et si l'on veut exprimer le caractère essentiel de la perturbation qu'ils subissent, il n'est pas plus juste de dire qu'ils sont affaiblis et en antagonisme avec les réflexes tendineux, qu'il ne serait exact de soutenir qu'ils sont exagérés, comme les réflexes tendineux. Ce que l'on peut dire, c'est que le régime auquel ils sont soumis subit une transformation.

Action des excitations mécaniques faibles sur l'anesthésie hystérique.

Chez les hystériques, d'après M. le Dr Paul Magnin à la Société d'hypnologie, des excitations faibles, intermittentes et prolongées, produisent, par elles-mêmes et en dehors de toute suggestion, en vertu d'un phénomène de « sommation » ou d' « addition latente », non seulement des contractures, mais des effets esthésiogènes portant aussi bien sur la sensibilité spéciale que sur la sensibilité générale. Qu'il y ait ou non transfert, la restauration de l'une des sensibilités

---

moyens de remonter, de rassurer, sinon toujours de guérir ? Son ministère l'investit d'une autorité, d'un ascendant, dont il doit être conscient, pour en faire toujours bon usage, sans inertie ni contrainte. En dehors même du lit des patients, ses encouragements, son coup d'œil, son aspect, peuvent rendre les plus grands services. Il doit être à l'avant-garde de tous les progrès, briller partout au premier rang, dans les conseils élus, dans les administrations comme au foyer des miséreux. Aurait-il la mort dans l'âme, le cœur plein d'amertume, il serait coupable de le laisser paraître, de ressembler à cette caillette à vapeurs du XVIIIe siècle qui ne cessait de répéter : « Je meurs continuellement sans cesser de vivre » et d'aggraver par son aigreur la détresse des moribonds qui sont encore plus à plaindre que lui.

Si la profession est devenue moins rémunératrice, pour diverses raisons, elle n'en est que plus belle ; elle en reçoit comme un lustre nouveau, qui était peut-être devenu nécessaire. Ce sera un bain purificateur et ce n'est pas une raison pour prendre un air macabre, et imposer à sa colonne vertébrale une inflexion trop inclinée, devant les mutualités et les parasites de tout ordre, qui, depuis si longtemps, exploitent notre générosité. Puisque la bise a soufflé et que la circulation monétaire tend à se raréfier, c'est plutôt le cas de se redresser, de ne pas se laisser accaparer pour une bouchée de pain ou hypnotiser par la perspective d'un hochet.

Là-dessus, je reviens à mon point de départ pour vous recommander encore, en terminant, de fuir loin de cet abîme de désenchantement, de faire la chasse aux papillons noirs, au fatalisme stérile, de vous soustraire à toute influence déprimante, s'opposant au triomphe final du bien, selon la crainte exprimée par Emile Tardieu (*L'ennui*, p. 296).

Laissons à nos voisins d'Outre-Manche les neurasthénies distinguées et ce fameux spleen, que les brouillards de la Tamise peuvent seuls excuser.

Un Français ne doit pas vivre pour lui ; pour lui, un Français ne doit pas mourir. Les bords de nos rivages, de nos fleuves, sont plus riants, plus ensoleillés ; la voûte azurée qui est au dessus est presque chaque soir criblée d'étoiles, symboles d'espérance. Ces constellations nous disent l'activité des mondes sidéraux, la vie intense des espaces, ce qu'il nous reste à apprendre, les innombrables inconnues, dont l'avenir dévoilera les arcanes. Nous sommes dans une période de gestation qui nous présage d'importantes découvertes ; ce n'est pas le cas pour la caravane médicale de déposer son fardeau et de suspendre sa marche. Il est temps de se dérider en compagnie de notre ancien, ce fol Rabelais, qui affirme que le rire est l'essence gauloise et le propre de l'homme et d'opposer une saine gaieté aux coups d'épingle de la destinée, en attendant des jours meilleurs.

Dr Grellety (de Vichy).

tactile, algique ou thermique, entraîne celui de la sensibilité spéciale et réciproquement. Pour ce qui concerne la sensibilité spéciale, je l'ai surtout étudiée chez les achromatopsiques et les dyschromatopsiques. En général, l'excitation de l'œil par les couleurs centrales entraîne le retour de la vision non seulement pour ces couleurs, mais aussi pour les couleurs périphériques, tandis que l'excitation par les couleurs périphériques ramène la vision pour la couleur employée quelquefois aussi pour la couleur complémentaire. Avec tous les excitants employés, j'ai observé les phénomènes décrits à propos de l'action esthésiogène des métaux: à savoir l'anesthésie de retour, l'anesthésie post-métallique et les oscillations consécutives. On peut au moyen d'excitations faibles et répétées, endormir des malades hémianesthésiques en s'adressant à leur côté anesthésique aussi bien qu'à leur côté sensible ; dans ce cas, le retour de la sensibilité précède toujours l'invasion du sommeil.

M. *Berillon.* — Ces considérations mettent de nouveau à l'ordre du jour la très importante question du rôle des agents physiques dans la production de l'hypnose. Pour alléger notre peine, renforcer notre action et diminuer la résistance du sujet, nous devrons, de plus en plus, posséder tout un outillage d'appareils et d'instruments capables d'impressionner les divers sens, tels que miroirs, interrupteurs, vibrateurs, etc. L'action des bruits faibles, discontinus et rythmés a d'ailleurs été, de tout temps, utilisé par les diverses sectes religieuses, comme ils le sont aujourd'hui par les Aissaouas ou les Derviches.

M, Paul *Farez.* — C'est, en effet, une loi bien connue des psychologues et applicable, non seulement aux hystériques, mais à tous les individus, en général, à savoir que toute sensation, pourvu qu'elle soit homogène, uniforme, continue, exclusive et prolongée, finit par supprimer dans la conscience la perception d'une différence et par produire ainsi l'anidéisme, c'est-à-dire un état psychologique très favorable à l'invasion de la suggestion. Dans la pratique, pour provoquer cet état de suggestionnabilité, je me sers d'un métronome dissimulé très loin derrière une tenture, ce qui en assourdit le bruit ; en outre, les battements du métronome ne sont point séparés par des intervalles isochrones, mais synchrones, au rythme respiratoire du sujet.

M. Paul *Magnin.* — Il y a quelques jours, une malade tombait en état d'hypnose, dans mon cabinet, sous l'influence du bruit intermittent et rythmé que faisaient des bulles d'air enfermées par accident dans une conduite d'eau voisine de la muraille.

MÉDECINE PRATIQUE

Cures d'air d'été.

L'ouverture de la saison estivale remet en question d'actualité le choix de la villégiature et de la cure d'air d'été ; chacun l'apprécie et la tranche selon ses goûts et ses caprices, sans souci, la plupart du temps, de l'hygiène et même du bon sens. Nous estimons que le médecin devrait toujours avoir voix au chapitre dans la décision des familles ; malheureusement, des intérêts de second ordre, tels que commodité, luxe, relations mondaines, questions pécuniaires, rapidité des communications, et surtout « *mode* » priment toute préoccupation d'hygiène, de salubrité et de santé générale. Bien peu de personnes sages consultent leur médecin pour le choix de leur campagne et la majorité suit le courant d'entraînement sans réflexion, sans logique.

Nous croyons que, malgré cet oubli plus ou moins volontaire des familles, de consulter leur médecin, celui-ci a le devoir de questionner discrètement la femme ou le mari et de chercher doucement, sans intransigeance, et avec beaucoup d'éloquence persuasive et tenace, à faire changer la décision de ses clients s'il la juge défectueuse. C'est pour permettre à chacun d'orienter son jugement que nous allons étudier aujourd'hui la question du choix de la cure d'air d'été.

I.

Nécessité et but de la cure d'air d'été.

La vie moderne des villes, avec son air confiné, ses modes de chauffage anti-hygiéniques, ses poussières virulentes, ses fatigues et ses veillées mondaines innombrables, a créé le besoin de grand air pendant la belle saison. Le sang est anémié et intoxiqué, les voies digestives sont fatiguées, les muscles et les articulations sont « encrassés » de débris de désassimilation insuffisamment balayés par le sang et la lymphe que sursaturent les toxines ; l'hématose et la respiration sont ralenties dans des proportions effrayantes et l'air résidual des alvéoles pulmonaires est encombré d'acide carbonique et de microbes plus ou moins menaçants : en un mot, le coefficient respiratoire, le coefficient de ventilation pulmonaire et, par suite, le coefficient de vitalité générale, sont fortement abaissés ; pendant l'hiver, dans les villes, on « *vivote* », on ne vit pas, et, par suite, tout le surmenage que l'on s'impose alors n'est accompli qu'au détriment de l'influx nerveux ; la vie d'hiver, dans les villes, est un véritable mirage de la vie réelle, aux dépens du nervosisme. C'est cet ensemble de mauvaises conditions vitales créées par la civilisation trop raffinée, qui impose la nécessité de la campagne, en été. Pour le plus petit encore plus que pour le plus grand, cette nécessité est absolue ; c'est d'ailleurs pour répondre à ce besoin que l'on crée chaque année des œuvres philanthropiques dites de colonies enfantines de vacances, permettant aux pauvres comme aux riches d'aller refaire leur organisme déchu au contact de la pure nature.

Pour avoir une réelle efficacité, il faut que ce contact de l'organisme humain avec la nature soit prolongé au minimum pendant 20 à 25 jours consécutifs ; c'est là un chiffre irréductible pour les organismes vraiment affaiblis. Pour les sujets qui ont conservé une certaine vigueur, nous estimons que le séjour hebdomadaire de 6, 8 ou 10 heures à la *vraie campagne* est parfaitement efficace et salubre, à condition que ce soit réellement un séjour au grand air et non pas dans les gargotes ou sur les champs de courses, etc. Aussi, doit-on encourager les tendances modernes des employés, des ouvriers et des petits travailleurs, en général, à louer ou même à acheter de minuscules lots de terre en pleine campagne et d'y construire de petites baraques pour s'y mettre à l'abri des intempéries et de l'humidité des nuits, pendant

la belle saison. Seulement, en même temps que l'on encourage ces excellentes tendances, on doit multiplier les leçons de propreté, les récompenses et les prix d'hygiène pour la bonne tenue de ces petites propriétés, pour le soin à ne pas accumuler les immondices et pour la méticuleuse attention à n'ingérer que des boissons saines et des aliments frais.

L'air de la campagne est pur et vivifiant, mais il n'empêche pas la malpropreté et la négligence d'être toujours nuisibles et même dangereuses: il faut donc que la police sanitaire des campagnes, absolument subordonnée d'ailleurs à l'avis du ou des médecins locaux, soit rigoureusement appliquée et soutenue par l'autorité administrative au point de vue des sanctions pénales, (pécuniaires ou autres).

D'une manière générale, toutes les campagnes sont bonnes en été, sauf celles qui avoisinent des marais ou des étangs à eau stagnante et celles qui sont trop peuplées d'usines ; encore le premier *desideratum* est-il plus important que le second car JAMAIS le séjour près des eaux stagnantes n'est salubre, tandis que la campagne près des usines bien tenues et bien surveillées n'a rien de malsain, surtout quand on a eu l'intelligence de ne pas raser tous les arbres aux alentours, de ne pas supprimer systématiquement toute végétation au voisinage des constructions industrielles.

Quand on veut et surtout quand on peut choisir, il est certaines règles d'hygiène élémentaire que toute habitation doit remplir et qui doivent passer avant les questions de mode, de proximité des centres, de distractions mondaines ; ce sont 1° la construction salubre de l'habitation, sur cave ou tout au moins sur sous sol élevé ; 2° l'absence de toute nappe d'eau stagnante à proximité de l'habitation ; 3° la suppression de tout arbre quel qu'il soit, en contact direct de la maison et l'intervalle d'au moins six mètres entre les frondaisons des arbres et les fenêtres de cette maison; 4° le choix de l'exposition au midi ou au sud-est pour les chambres à coucher ; 5° l'étanchéité du puisard ou de la fosse d'aisance et la désinfection scrupuleuse des immondices fermentescibles par la chaux vive, le chlorure de chaux ou le permanganate de chaux. Beaucoup d'autres détails ont leur importance ; ainsi la question de l'eau potable, le danger des citernes et des puits pour la boisson et l'arrosage des légumes qui se consomment crus. La constitution du sol, argileux, marneux ou sablonneux, enfin, la situation géographique du pays, et son exposition au nord, à l'ouest, au sud ou à l'est, tout cela est secondaire par rapport aux cinq conditions fondamentales que nous avons énoncées plus haut. Evidemment, rien ne vaut l'eau de source comme boisson ; mais on a toujours la ressource de filtrer ou de stériliser l'eau qui doit être bue, ou de consommer une eau minérale bien pure et peu chargée de substances actives. La question du sol rend le dessèchement, après les chutes de pluie abondantes, difficile et lent, mais on peut corriger dans une certaine mesure ce défaut de perméabilité du sol par la construction de pentes bien déclives et de caniveaux évacuateurs.

Enfin, la situation géographique n'a vraiment de l'importance que pour les débilités respiratoires et les rhumatisants : les pays qui conviennent le mieux sont ceux situés à mi-côte sur le versant sud ou sud-est d'une colline boisée, à condition qu'au bas de la côte ne se trouvent pas d'usines ou de marécages. Les pays situés à mi-côte, mais sur le versant nord sont affreusement froids, et ceux sur le versant nord-ouest sont insalubres par leur humidité froide, du moins en ce qui concerne la plus grande partie de la France. Les pays situés sur les plateaux élevés sont salubres pour les personnes qui ne présentent que de l'anémie et de la neurasthénie, mais pour les débilités broncho-pulmonaires, ils présentent l'inconvénient d'être trop ventilés et l'air y est « trop vif ». Les pays de plaine bien abrités du nord et de l'ouest par des collines ou des forêts, sont généralement fort salubres, à moins qu'une rivière à courant trop faible ne coule à proximité et n'entretienne presque en permanence une zone de brouillards et d'atmosphère humide.

Dans le choix d'une campagne, il faut fuir les fourrés épais, les bois touffus et les ombrages sans air. Mieux vaut un seul arbre qui ombrage bien qu'un amas inextricable de branchages qui empêchent la ventilation et la pénétration des rayons du soleil. Ce qui est sain, ce n'est pas d'habiter la forêt, c'est d'habiter à la lisière de la forêt, avec beaucoup de clairières pour respirer : les arbres ne doivent être pour nous que des « parasols » et des « filtres » ; certes, il serait impossible de vivre toujours en plein soleil, mais plus il y a de soleil, mieux cela vaut pour la ventilation pulmonaire et pour l'hématose.

II

L'Air Marin et l'Air des Montagnes.

Quelle que soit la puissance de l'air pur de la campagne, il est beaucoup d'organismes auxquels cela ne suffit pas. Les fonctions sont, fréquemment, tellement ralenties et tellement précaires que l'on doit, pour obtenir un résultat, recourir à l'air des montagnes ou à l'air marin.

Pour les enfants chétifs, débiles, mal venus, au teint jaune et à la mine souffreteuse, névropathes et hystériques, rien ne peut remplacer l'air des montagnes, l'air à 600, 800, 1000 mètres d'altitude ; les promenades fréquentes et le séjour presque continu pendant 2 ou 3 mois consécutifs au plein air dans ces régions élevées, donnent des résultats inattendus pour l'hématose, la vigueur musculaire, la stimulation digestive et la croissance solide.

Pour les enfants scrofuleux, lymphatico-ganglionnaires tuberculeux cutanés, osseux, articulaires, péritonéaux, adénoïdiens, et même broncho-adénopathes, l'air marin est, au contraire, remarquablement efficace. Voici les différentes méthodes que l'on applique et les beaux résultats que l'on obtient dans les établissements maritimes chez les adéno-bronchiques. Les enfants prennent un bain de mer quotidien par tous les temps, sauf cependant lorsque la mer est trop houleuse. Le bain est très court, de 1 à 3 minutes. Au début surtout, c'est une simple immersion. Après le bain, les enfants sont séchés et vigoureusement frictionnés. La plus grande partie de la journée se passe sur le sable de la plage. La nuit, la cure par l'air marin se continue, car l'habitation est à proximité de la mer et les fenêtres restent ouvertes dans les chambres.

Ce traitement peut, au premier abord, paraître bien rigoureux et bien intensif. Cependant, il ne

★

cause aucun accident. On ne voit jamais survenir de pleurésie, ni de bronchite, ni de pneumonie, ni aucun accident *a frigore*, pas plus que l'extension ou la généralisation de la tuberculose. Les enfants s'habituent très vite au bain froid, qui devient un plaisir, ils le réclament et le trouvent toujours trop court. La réaction produite du côté de la peau par l'immersion dans l'eau froide se continue et se fait sentir toute la journée, et les jours, bien rares, où par le fait du mauvais temps, ils ne peuvent prendre leur bain, ils sont frileux, engourdis et demandent à se coucher de meilleure heure. Ils arrivent ainsi à prendre le chiffre considérable de 200 à 220 bains pendant leur séjour à la mer.

L'effet de la cure est immédiat. Chez ces petits malades pâles, bouffis ou amaigris et portant tous les stigmates de la scrofule ou de la tuberculose, on assiste à une véritable résurrection. L'appétit renaît subitement, les fonctions digestives se rétablissent dans leur intégrité ; le teint devient coloré et hâlé, les forces s'accroissent ; et à chaque pesée, qui a lieu tous les quinze jours, on constate une augmentation de poids régulière et continue. Pour la totalité de la saison, la moyenne de l'augmentation de poids est de 4 kilogrammes par enfant. Certains malades ont gagné jusqu'à 7 ou 8 kilos et même jusqu'au chiffre fantastique de 11 kilos.

Cette moyenne est d'autant plus remarquable que plusieurs de ces enfants sont atteints de suppurations osseuses ou articulaires en même temps que de scrofule péri-bronchique, et que l'augmentation de poids annuelle normale est chez l'enfant, pour la troisième et la quatrième année, de 1 kil. 5, et qu'elle atteint 2 kilos seulement dans la treizième année.

Le climat marin n'est pas également efficace sous toutes les latitudes ; les remarquables effets que M. le Dr Revillet signale chez les adénobronchiques ne peuvent guère être obtenus sans incidents qu'avec le climat de Cannes où il a pratiqué, ou encore celui d'Hendaye, celui de Pen-Bron, celui de Roscoff, celui de Saint-Malo, Saint-Servan et Dinard, autrement dit dans des pays bien abrités des vents du nord-ouest (1). Qu'obtiendrait-on à Granville, à Cherbourg, à Trouville, à Fécamp, à Dieppe, au Tréport, à Berck, à Boulogne, à Calais et à Dunkerque, (Malo-les-Bains) pour l'adénopathie bronchique ? cela est scabreux et certainement il y aurait de graves risques d'accidents aigus. Seuls les rachitiques, les tuberculeux osseux, articulaires et ganglionnaires externes peuvent indifféremment être dirigés sur n'importe quelle plage, pour leur plus grand bénéfice, mais il faut, pour obtenir de réels bons effets, remplir deux conditions formelles : 1° séjourner sur la plage même au moins douze heures par jour et cela pendant deux ou trois mois AU MINIMUM ; 2° habiter un local suffisamment salubre, aéré, muni de W. C. convenablement drainés et le plus près possible de la plage.

Evidemment, l'idéal est d'habiter sur la plage même et de tenir constamment les fenêtres dirigées de ce côté grandes ouvertes.

Le climat de montagne convient, en général, beaucoup mieux aux adultes que le climat marin. La raréfaction, la légèreté de l'air, sa pureté et sa richesse en ozone, l'entraînement presqu'irrésistible vers les promenades et les excursions, sinon vers les ascensions, tout contribue à augmenter rapidement ce coefficient de ventilation et de vitalité, dont nous avons signalé l'abaissement presque général chez les habitants des villes. En quelques jours, tout est transformé, l'impulsion est brusque et continue, surtout si l'on sait graduer les contacts de l'organisme débilité avec la puissante nature des altitudes. Généralement, un séjour à 700, 800 ou 1000 mètres est plus sûrement efficace qu'une cure à 2.000 ou 3.000 mètres dans les hôtels pensions de cimes. Pour le choix d'une station de montagne, il faut procéder comme pour le choix d'une station de simple campagne ; la situation à mi-côte sur le versant sud ou sud-est est évidemment préférable à toute autre, quand on doit séjourner plusieurs semaines. Dans les montagnes, d'ailleurs, toute la nature vient, pour ainsi dire, au secours de l'organisme déchu : bon air, bonne eau, bon lait, exercice facile et presqu'instinctif et involontaire, beauté des sites et charme de l'esprit. Quelle incontestable supériorité sur le climat maritime qui n'offre que la beauté des spectacles, mais avec un air lourd, pénible, une eau potable le plus souvent atroce quand elle n'est pas infectieuse, une végétation habituellement rabougrie et saupoudrée de sable, des odeurs infectes de saumure et de vase fermentée!

Laissons la mer aux pauvres enfants scrofuleux, rachitiques et tuberculeux osseux ; certes, sa puissance pour ces infortunés est indiscutable et merveilleuse ; mais, nous tous qui sommes névropathes, arthritiques, surmenés, envolons-nous vers les montagnes ; c'est là qu'est la source de vie et de jeunesse, tant que les biologistes et les chimistes n'en auront pas découvert d'autres!

Dr Paul HUGUENIN.

(1) Notre établissement des « Corbières » est merveilleusement situé pour ces sortes de cure.

OPHTALMOLOGIE

Le glaucome aigu

Par le Dr A. TROUSSEAU,
Médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.

Le glaucome aigu est, généralement, peu connu des médecins qui ne sont pas rompus aux pratiques de l'ophtalmologie et cela au grand détriment des malades, qui, faute d'un diagnostic précis et hâtif, sont exposés non seulement à la perte de la vision, mais encore à la persistance d'atroces douleurs. De plus, une thérapeutique intempestive, l'instillation d'atropine, peut sensiblement aggraver la situation et même rendre stériles des soins consécutifs mieux dirigés. J'observe à chaque instant des individus, dont la vue a été irrémédiablement compromise, parce que le médecin traitant a méconnu le glaucome qu'il a pris pour une simple conjonctivite, une kératite, ou, erreur plus grave encore, une iritis, soit que les malades aient été rassurés à tort, soit qu'ils aient subi la redoutable instillation atropinique.

Le glaucome est dû à une élévation anormale de la tension intra-oculaire ; or, l'atropine élève considérablement cette tension ; on comprend

donc les conséquences de son emploi à contretemps.

Voyons comment se présente, en général, l'attaque de glaucome aigu.

Un sujet, ayant dépassé plus ou moins largement la quarantaine, se plaint depuis quelques jours de douleurs et de lourdeurs de tête ; il a perdu l'appétit, est mal en train, a de temps en temps des obnubilations de la vue, aperçoit des cercles irisés autour des lumières, un halo autour des objets qu'il fixe. Un soir, il se couche et ne tarde pas à être réveillé par une douleur des plus violentes qui l'enserre du front à la nuque avec un maximum d'intensité vers la tempe ; parfois il a des vertiges, des vomissements, chancelle lorsqu'il veut se lever, perd même connaissance.

Ces symptômes sont parfois atténués ou au contraire aggravés, l'attaque ne survient pas toujours (quoique le plus souvent) la nuit, mais elle est remarquable pour sa brusquerie. Qu'on n'aille pas croire à une simple migraine ou à une congestion cérébrale, qu'on ne bourre pas le patient d'antipyrine ou qu'on ne le traite pas par les sangsues, les révulsifs, les purgatifs, comme on le voit faire si fréquemment, mais qu'on *songe à l'œil* et qu'on l'explore.

Voici ce qu'on verra.

La paupière est à demi-fermée : quand on cherche à l'entr'ouvrir pour examiner le globe, le malade fait un brusque mouvement en arrière et accuse une douleur intense qui redouble au moindre contact des doigts sur l'œil. La conjonctive est rouge, parfois chémotique, la cornée est trouble, insensible aux frottements d'un petit morceau de papier roulé sur lui-même ; la pupille *est très dilatée* et le *globe oculaire est extrêmement dur*, parfois comme une bille de marbre ; les milieux sont inéclairables par le miroir ophtalmoscopique.

En présence de tels symptômes, il est urgent de poser un diagnostic précis, car l'action s'impose.

Une simple inspection de l'œil écartera le diagnostic de névralgie faciale, de migraine, de congestion cérébrale, qui sont posés habituellement et seraient facilement évités, *si on pensa't à l'œil.*

La conjonctivite ne saurait être prise pour un glaucome avec lequel elle n'offre qu'un trait commun, la rougeur de l'œil ; mais ici point de violentes douleurs, à peine une sensation de cuisson, de gêne, de corps étranger, souvent une sécrétion absente dans le glaucome et surtout ni tension de l'œil, ni dilatation pupillaire.

La kératite est moins aisément prise pour du glaucome parce qu'elle se révèle par de la simple photophobie, sans grandes douleurs, qu'elle survient chez des sujets jeunes, qu'on est habitué à l'observer et qu'il existe toujours une lésion cornéenne qui s'impose dès qu'on écarte les paupières.

Le diagnostic entre l'iritis et le glaucome est quelquefois difficile, parce que, dans l'iritis, les douleurs sont vives, l'injection périkératique intense, la chambre antérieure trouble. Qu'on ne cherche pas, pour éviter l'erreur, à se rappeler trop de choses, qu'on sache seulement que, dans l'iritis, la tension de l'œil n'est pas élevée et que la pupille est contractée en l'absence d'atropine ou plus ou moins irrégulière après atropinisation, tandis que dans le glaucome, la tension oculaire est très élevée et la pupille très dilatée. Il faut à tout prix différencier l'iritis justiciable de l'atropine du glaucome, pour lequel ce mydriatique est néfaste.

Je me sers souvent d'une formule générale juste (99 fois pour cent) qui, extrêmement simple et frappante, évite les erreurs de diagnose : « Toutes les fois qu'un œil est rouge et que la pupille est dilatée, ils s'agit d'un glaucome. »

Le glaucome aigu reconnu, il faut agir vite et énergiquement.

On instillera 3 à 6 fois par jour le collyre suivant :

Eau....................	10 grammes
Nitrate de pilocarpine..	0 gramme 20 cent.

qui permettra d'attendre une détermination opératoire qui s'impose et ne devra être retardée que par des circonstances majeures.

On pratiquera, le plus vite possible, l'iridectomie.

Voilà, en deux mots, le traitement d'urgence du glaucome ; accessoirement, il faudra calmer la douleur déjà atténuée par les instillations de pilocarpine, par tous les moyens connus, antipyrine, injection de morphine, etc. ; le sommeil sera assuré par le sulfonal ou le trional.

Je termine par ces formules algébriques :

Œil dur avec pupille dilatée = glaucome

Glaucome = pilocarpine et iridectomie.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

THÉRAPEUTIQUE

L'histogénol.

Chacun connaît les bons effets de l'arsenic et du phosphore dans les cas de troubles de la nutrition. Ces derniers temps, le Pr A. Gautier a fait faire un grand progrès à la médication arséniée en introduisant dans la thérapeutique les combinaisons organiques de l'arsenic : cacodylate de soude et méthylarsinate disodique, rendant ainsi l'arsenic plus assimilable et moins toxique.

De même, la thérapeutique, après s'être adressée longtemps aux combinaisons minérales du phosphore, combinaisons peu assimilables, s'est mise depuis un certain temps à employer les composés organiques : lécithines, nucléines, etc., qui permettent de faire pénétrer une plus grande quantité de substance active dans l'organisme.

En présence des succès obtenus par ces deux nouvelles médications, il devait venir à l'esprit de les associer en un produit qui contiendrait à la fois le phosphore organique qui répare les pertes de l'organisme et l'arsenic organique qui, par son action leucocytaire, aide à la défense.

L'histogénol : combinaison de la nucléopsarrine (composé phosphoré tiré de la laitance de harengs) et de méthylarsinate de soude [illegible] un des reconstituants les plus puissants.

L'histogénol se recommande tout particulièrement dans la tuberculose, où il faut, plus que dans toute autre maladie, combattre des pertes exagérées et se mettre en état de lutter contre le bacille.

Des nombreuses observations que nous trouvons dans la thèse de M. le Dr Colombet, il résulte que, dans les formes du premier et du deuxième

degré, l'histogénol produit un relèvement très net de l'état général : les forces et l'appétit reviennent, la température s'abaisse, les sueurs disparaissent et le malade engraisse. En même temps, la toux et les crachats diminuent, les symptômes d'auscultation s'amendent, la phosphaturie diminue et il se produit une hyperleucocytose abondante, signe de la défense de l'organisme.

Des essais de traitement par l'histogénol tentés dans des cas d'asthme, de neurasthénie, d'anémie, de paludisme, etc., ont donné également d'excellents résultats.

L'histogénol se trouve sous trois formes pharmaceutiques : émulsion, granulés, ampoules pour injection intra-musculaire.

L'émulsion se donne à doses de 2 cuillerées à bouche par jour, une avant chaque repas.

La forme granulée se donne à raison de 2 des mesures jointes au flacon par jour.

Enfin, si l'on préfère les ampoules, on injectera chaque jour le contenu d'une de ces ampoules dans le tissu musculaire du malade.

L'histogénol peut être ainsi administré durant des mois sans causer de trouble ; cependant, il vaut mieux, pour éviter l'accoutumance, procéder par périodes de 20 jours séparés par une semaine de repos. Dans ces conditions on verra toujours à la suite de cette médication, une rapide amélioration de l'état du malade.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Grossesse et appendicite.

Il ne semble pas, comme le prétendent certains auteurs, que l'état gravide soit capable, chez les prédisposées, de provoquer une congestion aiguë de l'appendice, d'amener une « crise appendiculaire ». Si l'on pense, en effet, que la pérityphlite et la grossesse affectent de préférence la même période de la vie, et que la combinaison de ces deux états particuliers est chose relativement rare, il sera logique d'admettre qu'il n'existe entre eux aucune relation causale. La grossesse pourrait, par contre, avoir une influence d'un autre genre, par l'hyperémie qu'elle détermine dans les organes du petit bassin, elle faciliterait la résorption des exsudats inflammatoires préexistants, à la façon des calorifications locales employées dans un but thérapeutique (injections d'eau chaude — appareils à air chaud).

Mais d'autre part, la pérityphlite aurait, dans certains cas, sur la grossesse, une influence défavorable, parce qu'elle prédisposerait à l'avortement.

Labkardt (*Münch. Med. Woch.*, 1904, n° 6) énonce, à propos de la pérityphlite compliquée de grossesse, quelques considérations diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques, qui ne manquent pas d'intérêt.

La difficulté du diagnostic varie avec le degré de l'inflammation appendiculaire ; quand celle-ci est simple, nous pouvons tout au plus sentir l'appendice lui-même ; quand, au contraire, elle est perforative, nous percevons une résistance déterminée par l'exsudat (sans parler naturellement des cas où la péritonite est d'emblée généralisée).

L'appendicite simple est plus difficile à diagnostiquer en raison du peu d'extension des manifestations inflammatoires ; jusqu'au cinquième mois de la grossesse, et après l'accouchement, les conditions d'examen seront les mêmes qu'en dehors de l'état puerpéral, c'est-à-dire que, dans certains cas, il sera possible de sentir le corps du délit en un point déterminé au travers de la paroi abdominale. Durant la seconde moitié de la grossesse, au contraire, l'hypertrophie utérine entravera une palpation profonde de la région iléo-cœcale. Fraenkel recommande de faire coucher la parturiente sur le côté gauche, pour rendre libre la fosse iliaque droite ; cette pratique sera parfois excellente, mais le plus souvent la tension de la paroi abdominale entravera la palpation profonde.

On considère généralement le point de Mac Burney comme le lieu d'élection pour l'exploration de l'appendice. Il ne faudrait pas cependant, dit l'auteur, attribuer une trop grande valeur à cette donnée, car le processus vermiforme, et le cœcum d'où il émerge, sont des organes mobiles ; de plus, la situation et la longueur de l'appendice sont des éléments variables : il faut donc savoir le chercher dans toutes les parties de la région iléo-cœcale.

Le praticien recherchera également pour son diagnostic quel est l'état de la paroi abdominale, ou, pour mieux dire, « la défense musculaire ». Mais c'est là un signe qui n'est pas pathognomonique de l'appendicite, car il se rencontre dans d'autres lésions douloureuses de l'abdomen : annexite, ovarialgie, etc. En somme, pendant la première moitié de la grossesse et les suites de couches, nous n'avons comme signes objectifs de l'appendicite simple que la sensation de l'organe enflammé, durant la seconde moitié de la gestation nous sommes obligés de nous en rapporter aux anamnestiques et aux manifestations subjectives.

Quand il y a formation d'exsudat, le diagnostic devient relativement plus facile, même dans la période avancée de la grossesse. Pour sentir au mieux la résistance, il convient de fléchir la cuisse droite de la malade, et, se plaçant à sa droite, d'introduire lentement les doigts vers le petit bassin en partant de l'épine iliaque antéro-supérieure ; on perçoit très bien de la sorte toute tumeur située dans la fosse iliaque. L'utérus gravide rend plus difficile une palpation centrifuge, en quelque sorte, dirigée de la ligne blanche vers les flancs. Il ne faut pas non plus oublier que les abcès appendiculaires peuvent fuser en dehors de leur zone habituelle.

Vers la fin de la grossesse, on ne doit jamais négliger de faire coucher la malade sur le côté gauche ; cette position facilite beaucoup l'examen. Néanmoins, si l'appendice n'est pas très volumineux, il devient malaisé, quelquefois même impossible de le percevoir. C'est alors qu'il faut, comme il a été dit plus haut, baser son diagnostic sur d'autres signes (anamnèse, fièvre, pouls, leucocytose, manifestations intestinales, etc.).

Au point de vue différentiel, chaque symptôme de l'appendicite est susceptible, en dehors de l'état de grossesse, de donner lieu à une confusion : les troubles intestinaux peuvent faire penser à toute autre affection du tractus gastro-intestinal ; la douleur peut rappeler la colique néphrétique ou hépatique ; la tuméfaction fait

songer à l'abcès du psoas, au rein mobile, au néoplasme intestinal, la contracture à la psoïte. Il en est naturellement de même pendant la grossesse ; mais, chez la femme il faut encore savoir que les inflammations annexielles s'accompagnent également de tuméfaction, de douleur, et parfois de fièvre. Toutefois, au début de la grossesse, le toucher vaginal permet mieux de sentir la trompe enflammée que la tuméfaction pérityphlique ; l'inverse est vrai pour la palpation abdominale.

Lorsque l'utérus gravide augmente de volume, les annexes sont chassées du petit bassin, mais elles ne s'éloignent pas de la matrice ; elles sont, par rapport à celle-ci, plutôt dans un plan vertical, alors que l'appendice se trouverait dans un plan horizontal ; la palpation iliaque permet d'apprécier cette différence. En outre la tumeur annexielle est plus circonscrite que la tuméfaction pérityphlique. Les antécédents tuberculeux ou gonococciques aident enfin au diagnostic d'une lésion des trompes ou de l'ovaire.

Pendant les suites de couches, quand l'utérus est vidé, il est encore une autre affection qui entre en ligne de compte : c'est la paramétrite. La différenciation est souvent difficile, parfois même impossible. La tuméfaction paramétritique est sentie par le vagin, elle est plus profonde, plus diffuse, envahissant quelquefois le tissu conjonctif du petit bassin. et les ligaments larges. — La douleur pérityphlique est séparée du détroit supérieur par une zone libre ; dans la paramétrite, au contraire, la sensibilité augmente à mesure que l'on se rapproche du détroit.

Le pronostic de l'appendicite, compliquant une grossesse, varie suivant la forme et le degré de l'affection ; il est relativement favorable pour la mère et l'enfant dans l'appendicite simple ; l'enfant toutefois est plus en danger que la mère.

Dans l'appendicite perforative, le pronostic est très mauvais pour le fœtus, qui meurt 9 fois sur 10, en cas d'intervention chirurgicale (Abrahams). Pour la mère, la mortalité s'élèverait, d'après le même auteur, à 58,3 %. Le fait s'explique par l'influence néfaste d'une part des inflammations sur la grossesse (accouchement prématuré. interventions fréquemment nécessaires), et d'autre part de la grossesse sur les abcès pérityphliques (rupture d'adhérences au moment de l'accouchement) ; la femme enceinte enfin possède une résistance moindre vis-à-vis des agents infectieux.

Dans les cas où l'abcès ne se forme qu'après l'accouchement, le pronostic semble meilleur.

Si les avis sont partagés au point de vue de la thérapeutique à employer dans l'appendicite extra-gravidique, il en est *a fortiori* de même, quand cette affection vient compliquer une grossesse.

L'intervention chirurgicale est naturellement indiquée quand l'abcès est nettement formé ; mais quelle ligne de conduite faut-il suivre, lorsqu'il n'existe que des présomptions en faveur d'une suppuration péri-appendiculaire ? L'expectation s'impose si la température et le pouls restent normaux ; dans les autres cas, l'opération devient nécessaire. La laparotomie n'est plus, en effet, une opération dangereuse, et l'expérience démontre qu'il est possible d'entreprendre même de grandes opérations intra-abdominales, sans interrompre la grossesse.

Peut-être l'appendice ne sera-t-il le siège que d'une inflammation minime ? mais par son ablation précoce, nous éviterons souvent à la femme un avortement ou un accouchement prématuré. En pareil cas, l'expectative est dangereuse : extension du processus inflammatoire, apparition des manifestations les plus graves au moment de l'accouchement.

Nous pourrons alors nous trouver dans la nécessité de traiter en même temps un processus aseptique et un processus infectieux ; en pareil cas, il sera préférable de terminer tout d'abord l'accouchement, puis de faire la laparotomie. Et d'ailleurs, l'appendicite amènera souvent d'elle-même un commencement de travail.

L'utérus vide, nous n'aurons plus à nous occuper que de l'appendice, et nous pourrons, dès qu'il sera nécessaire, recourir à une intervention chirurgicale.

Parfois, cependant, les circonstances nous obligeront à faire la laparotomie en premier lieu.

Quand un abcès du cul-de-sac de Douglas vient compliquer la grossesse, il est nécessaire de l'évacuer par la voie rectale : il ne faut inciser par le vagin que si les suites de couches sont avancées.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La dernière incomptabilité médicale

Cher Confrère,

Je viens d'être délégué par le Conseil municipal comme membre de la Commission administrative de l'hôpital civil.

Les administrateurs actuels ont pris la décision suivante : nul ne pourra être à la fois administrateur et médecin de l'Hôtel-Dieu. Je suis chirurgien adjoint de cet établissement. Les administrateurs se basent sur une circulaire du ministère de l'Intérieur, paraît-il.

J'ai lu dans l'*Encyclopédie d'Hygiène publique* sous la signature de Napias : qu'il était d'usage de ne pas nommer administrateur un médecin. Mais il ne peut s'agir que des membres, au nombre de 4, nommés par le Préfet.

Le Conseil municipal désigne 3 membres (2 + le maire). Il peut évidemment nommer qui lui plaît.

Du reste est-ce que dans bien des villes le maire n'est pas médecin de l'hôpital et, par le fait de sa situation de maire, président du Conseil d'administration de l'hôpital ?

Augagneur à Lyon. Lande à Bordeaux, ont-ils, élus maires, démissionné de l'hôpital ?

Il serait intéressant de mettre cette question au point dans le *Concours* car, dans la lutte contre les Compagnies d'assurance, par exemple, et dans bien des circonstances. il est bon que le Corps médical soit représenté à la Commission et il serait regrettable que le membre élu fût obligé de donner sa démission de médecin.

La mesure n'est pas, notez-le, prise contre moi, je suis du même parti politique que la Commission que nous avons fait d'ailleurs nommer.

Ces Messieurs croient qu'ils doivent légalement me demander ma démission de chirurgien ; sans cela, ils ne me la demanderaient pas.

Pouvez-vous avoir des renseignements sur la question ?

Veuillez agréer, etc...

Les renseignements demandés nous sont fournis par la consultation suivante émanant d'une personne bien autorisée.

Cher Docteur,

Je vous retourne la lettre de notre confrère qui me paraît comporter la réponse suivante.

La jurisprudence administrative continue de déclarer *incompatible* avec les fonctions d'administrateur d'un hôpital ou d'un hospice la qualité de médecin attaché à l'établissement et placé comme tel sous l'autorité de la commission (Circulaire ministérielle des 26 sept. et 14 nov. 1879 et 15 mars 1884).

Toutefois le Dalloz, qui constate cette jurisprudence (Codes annotés, p. 1056), prévient que ces circulaires n'ont aucun effet en dehors du personnel de l'administration et par suite n'ont aucune force obligatoire pour les conseils municipaux appelés à élire leurs membres des commissions administratives.

Il en conclut que le maire, président de droit, ne peut conserver ces deux fonctions qu'en se faisant remplacer provisoirement par un médecin suppléant qui fera le service et recevra le traitement attribué au médecin titulaire.

La pratique a, je crois, établi qu'on peut rester médecin de l'hôpital et administrateur à condition de ne pas toucher d'honoraires de ce chef.

Il est possible que, sur certains points de la France, le médecin administrateur n'ait pas été contraint d'abandonner ses honoraires, mais de ce que l'on ferme les yeux sur une irrégularité, on ne saurait conclure que l'irrégularité disparaît.

Ce qui a pu pousser à la tolérance en cette matière, c'est la tendance du législateur à faire cesser les incompatibilités analogues. C'est ainsi que la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite a achevé de détruire par son article 34 l'incompatibilité supprimée au regard des budgets communaux par l'art. 33 de la loi municipale du 5 avril 1884, et que la loi du 8 juillet 1901 a fait cesser l'incompatibilité qui persistait encore entre les fonctions de médecin inspecteur des services de l'enfance et le mandat de conseiller général.

Conclusion : il conviendrait de demander au Parlement de faire cesser par un article de loi la dernière incompatibilité médicale qui paraît subsister en matière d'assistance pour les hospices et bureaux de bienfaisance.

Souvenir dévoué.

L'Ordre des médecins en Prusse.

Les *Archives d'antropologie criminelle* ont récemment publié un article sur l'organisation disciplinaire des médecins prussiens.

Nous croyons intéressant de donner la substance de cet article :

Loi concernant les tribunaux d'honneur des médecins, le droit de lever des taxes, et les caisses des Chambres des médecins, du 25 novembre 1899, notice et traduction par M. Albert Kammerer, attaché au ministère des affaires étrangères.

Une ordonnance prussienne du 25 mai 1885 a institué une représentation professionnelle des médecins. Elle groupe dans chaque province de la monarchie prussienne tous les médecins en Chambres des médecins, dont l'activité a pour but de favoriser à tous les points de vue les intérêts tant scientifiques que matériels et moraux de cette profession. Afin d'assurer encore plus efficacement l'unité d'esprit professionnel parmi les médecins, une ordonnance du 6 janvier 1896 a créé, en outre, un Comité des Chambres des médecins, composé des délégués de toutes les Chambres, et qui devient l'intermédiaire naturel entre elles et le ministère des affaires médicales.

Ces diverses institutions ne possédaient pas cependant jusqu'à présent, au sens propre du mot, de voies disciplinaires contre les membres. Une seule disposition, très insuffisante, permettait aux Chambres de médecins de retirer, en cas de manquement professionnel ou de mauvaise conduite notoire, à leur auteur, le droit électoral actif et passif aux élections de ces Chambres. Malgré cette lacune, de nombreuses plaintes avaient été déposées auprès des Chambres de médecins depuis leur constitution, contre leurs membres. La plupart avaient donné lieu à un acquittement en l'absence de texte permettant de leur appliquer, en vertu d'un pouvoir disciplinaire effectif, des peines proprement dites.

C'est pour répondre à cette imperfection que fut élaborée la présente loi, à la demande générale des médecins. Le ministère des affaires médicales, dès 1892, faisait demander aux Chambres des médecins leur avis au sujet d'une réglementation nouvelle en la matière. Elles furent à peu près unanimes à réclamer l'extension de leurs pouvoirs et, par suite d'une série de compromis, on aboutit au vote de la loi nouvelle.

Dans son économie générale, cette loi institue deux instances disciplinaires : la première composée par les tribunaux d'honneur, dont la composition coïncide avec celle des Chambres de médecins, ce qui montre bien l'étroite corrélation de ces deux institutions à peine distinctes ; la seconde instance est composée par une Cour d'honneur unique à Berlin. Ces tribunaux ne sont pas des organes administratifs, encore bien moins des organes judiciaires ; ils sont purement professionnels et entièrement indépendants, soumis à une surveillance, mais non à l'ingérence de l'Etat ; ils sont composés presque exclusivement de médecins, et c'est pour assurer l'application et la connaissance des règles de procédure et de légalité que l'on y fait intervenir, toujours en minorité, des membres appartenant à l'ordre judiciaire.

L'organisation de la procédure est de nature à assurer pleine sécurité et impartialité à l'accusé ; il y a enquête préliminaire, débats oraux et défenseurs. Ces règles sont d'ailleurs très analogues à celles que prescrit en pareille matière l'ordonnance sur les avocats du 1er juillet 1878, la loi sur les fonctionnaires non judiciaires de l'empire du 31 mars 1873.

Cette loi, dans sa troisième section, institue des caisses auprès de chaque Chambre des médecins. L'autonomie professionnelle, dans la répression disciplinaire, est ainsi complétée par une autonomie financière indispensable au fonctionnement des nouveaux services de ces Chambres. L'organisation des tribunaux d'honneur, qui est de nature à entraîner des dépenses d'entretien assez coûteuses, est mise naturellement à la charge des médecins dont elle doit élever encore le niveau moral et augmenter l'autorité vis-à-vis de leur

clientèle. Chaque Chambre est autorisée à percevoir sur eux des taxes fixes, qui, devant être approuvées par le président supérieur de la province, ne seront pas de nature à les grever trop lourdement.

Voici maintenant les principaux articles de la loi, donnant une idée suffisante du fonctionnement de cette organisation :

Art. 1er. — Il est institué pour la circonscription de chaque Chambre des médecins un tribunal d'honneur des médecins, et pour l'ensemble de la monarchie une Cour d'honneur des médecins.

Art. 3. — Tout médecin a le devoir d'exercer son activité professionnelle en conscience, et de se montrer digne par sa conduite en fonction et hors de fonction de la considération qu'exige son état.

Un médecin qui manque à ses devoirs professionnels encourt une peine du tribunal d'honneur.

Les opinions et actes politiques, scientifiques ou religieux d'un médecin ne peuvent jamais, en cette qualité, faire l'objet d'une poursuite devant le tribunal d'honneur.

Art. 4. — Le tribunal d'honneur intervient également en conciliation comme conseil d'honneur (*Ehrenrat*) au cas de contestations se produisant à propos de la profession médicale, soit entre médecins, soit entre un médecin et une personne quelconque.

Lorsque la contestation a lieu entre un médecin et une personne quelconque, la procédure en conciliation n'a lieu qu'à la demande de cette dernière.

Le président du tribunal d'honneur peut déléguer la conciliation à un membre.

Art. 7. — Le tribunal d'honneur comprend :

1° Le président et trois membres de la Chambre des médecins. La Chambre des médecins élit ces derniers dans son sein, ainsi que quatre suppléants pour la durée de ses fonctions et détermine l'ordre dans lequel les suppléants seront appelés. Si le président appartient à la catégorie des médecins désignés à l'article 2, la Chambre des médecins nomme à sa place un quatrième membre destiné à composer le tribunal d'honneur.

2° Un membre d'une juridiction de l'ordre judiciaire choisi par le président de la Chambre des médecins pour la durée de six ans, auquel il est nommé en même temps un suppléant judiciaire.

Art. 8. — Le tribunal d'honneur décide et ordonne d'après la majorité absolue des voix et au nombre de cinq membres.

Il faut cependant pour chaque décision défavorable à l'inculpé et touchant la question de culpabilité, une majorité des quatre cinquièmes des voix.

Art. 15. — Les peines infligées par les tribunaux d'honneur sont :

1° L'avertissement ;

2° Le blâme ;

3° L'amende jusqu'à 3.000 marks (3.750 francs) ;

4° La perte à temps ou à perpétuité du droit électoral actif et passif aux Chambres des médecins.

Le blâme, l'amende et la perte du droit électoral peuvent être appliqués simultanément.

Dans des cas tout particuliers, la publicité de la décision du tribunal d'honneur peut être ordonnée.

Art. 39. — La décision du tribunal d'honneur peut être attaquée tant par l'accusateur que par l'accusé, par la voie de l'appel devant la Cour d'honneur.

L'appel doit être fait auprès du tribunal d'honneur qui a rendu la sentence attaquée, et par écrit ; cependant l'instance en appel faite devant la Cour d honneur suffit pour conserver le délai de l'appel.

Du côté de l'accusé, l'appel peut être fait par un représentant.

Le délai de l'appel est d'un mois et commence pour les deux parties avec la fin du jour où l'expédition de la sentence a été notifiée à l'accusé.

Art. 45. — La Cour d'honneur comprend :

1° Le chef de la section médicale du ministère des affaires médicales ou, en cas d'empêchement, le membre jurisconsulte de cette section, comme président ;

2° Quatre membres du Comité des Chambres de médecins ;

3° Deux autres médecins.

Ces derniers sont nommés, ainsi que deux suppléants par le roi.

Les quatre membres du Comité des Chambres de médecins, ainsi que quatre suppléants, sont élus par le Comité des Chambres de médecins à la majorité absolue des voix.

La nomination et l'élection des membres médecins de la Cour d'honneur et de leurs suppléants est faite pour la durée des fonctions du Comité des Chambres de médecins.

Les membres médecins de la Cour d'honneur et leurs suppléants doivent faire partie des médecins ayant droit électoral pour les élections du tribunal d'honneur (article 2, alinéa final).

Art. 44. — La Cour d'honneur décide et ordonne à la majorité absolue des voix et au nombre de sept membres.

Il faut cependant, pour chaque décision défavorable à l'accusé et touchant la question de culpabilité une majorité de cinq septièmes des voix.

Un membre qui a pris part à la décision attaquée est exclu de la participation aux débats et à la sentence d'appel.

Art. 49. — Chaque Chambre de médecins a le droit de percevoir sur les médecins de la circonscription ayant droit de vote une taxe annuelle fixée par elle et destinée à couvrir les frais de sa caisse.

Art. 50. — Il est constitué par chaque Chambre de médecins une caisse. Cette dernière est considérée comme représentant la Chambre des médecins pour toutes matières pécuniaires. Elle peut acquérir des droits et peut contracter des engagements, agir et être poursuivie en justice.

Sont versés dans la caisse de la Chambre des médecins :

1° Les amendes et les frais (articles 46 et 47) ;

2° Les taxes prélevées sur les médecins de la circonscription ayant droit électoral ;

3° Les libéralités de toutes sortes faites à la Chambre des médecins.

Sont payés par la Caisse :

1° Les frais d'administration, y compris les indemnités journalières et frais de déplacement des membres de la Chambre des médecins ;

2° Les frais de poursuites devant le tribunal d'honneur, lorsqu'ils ne sont pas remboursés ;

3° La taxe déterminée par décision du Comité des Chambres de médecins et perçue sur la Chambre des médecins pour les frais de ce Comité ;

4° Les autres dépenses décidées par la Chambre des médecins pour des affaires concernant la profession médicale.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Association générale de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins de France

Siège social : 5, Rue de Surène, Paris.

Paris, le 26 mai 1904.

A Monsieur le Docteur Jeanne,
Directeur du *Concours Médical*.

Très honoré confrère,

Je m'empresse de répondre à votre lettre en date du 18 courant.

L'absence de sociétés dans quelques départements a toujours préoccupé le Conseil général de l'Association qui, à maintes reprises, a fait tous ses efforts pour créer des sociétés ou ranimer celles qui existaient.

Il s'est toujours heurté à une indifférence profonde et toutes ses tentatives ont échoué.

Cela ne veut pas dire qu'il n'y a rien à faire dans ces départements ; je crois, au contraire, qu'il y aurait peut-être lieu de renouveler les tentatives.

Depuis sa fondation, l'Association a compté un certain nombre de sociétés qui n'existent plus aujourd'hui. A ma connaissance, 4 seulement ont cessé complètement de fonctionner et ont été dissoutes, les autres se sont réunies à leur voisines pour n'en constituer qu'une seule pour le même département.

Voici, par ordre alphabétique, les départements où nous avons eu des sociétés qui ont disparu :

Ariège. — En 1860, il s'est fondé une société qui a assez bien marché au début, puis, son recrutement s'est ralenti. Le Conseil a essayé vainement de stimuler les membres de son bureau et, en 1874, cette société fut dissoute par arrêté du Préfet de l'Ariège parce qu'elle ne remplissait plus ses engagements envers l'Association.

Les membres qui nous étaient restés fidèles se firent inscrire à la société de la Haute-Garonne.

C'est ainsi que je constate que les 5 membres de l'Amicale qui figurent dans la liste publiée dans le *Concours Médical* du 5 décembre dernier font tous partie de cette société de la Haute-Garonne.

Cantal. — Ici, nous constatons une profonde indifférence de la part de nos confrères de ce département. Quelle en est la cause ? Peut-être dans l'insuffisance et la difficulté des moyens de communication.

Si nous n'avons pas pu créer dans ce département, l'Amicale n'a pas été plus heureuse que nous, puisqu'elle n'y compte pas un seul adhérent, pas plus, d'ailleurs, que la Caisse des Pensions de retraite.

Corrèze. — Nous avons eu dans ce département deux sociétés, l'une pour l'arrondissement de Brive, fondée en 1862. Cette société a toujours fonctionné très mal et elle a été dissoute en 1901.

La seconde comprenait les médecins des autres arrondissements.

Elle fut fondée en 1881 et fonctionna normalement jusqu'en 1886. Un de mes amis, établi à Tulle, très lié aussi avec notre ancien président M. Lannelongue, membre du bureau de la société, fut prié par nous de ranimer un peu sa société et de secouer l'indifférence de ses collègues Il l'essaya, mais dut y renoncer.

La société fut dissoute en 1898.

L'Amicale a 7 adhérents dans la Corrèze, dont trois sont membres de notre société de la Haute-Vienne et la Caisse des retraites n'en avait pas un seul il y a quelques mois.

Ile de la Réunion. — Fondée en 1860, n'a jamais bien fonctionné. En 1896, ne pouvant obtenir ni versements statutaires ni renseignements, un arrêté de dissolution fut signé.

Voilà pour les sociétés qui ont cessé de fonctionner.

Dans deux départements, nous avons eu des sociétés qui existent encore, mais se sont retirées de l'Association Générale : dans l'Indre-et-Loire et dans le Rhône. Vous connaissez l'histoire de leur séparation, je ne crois pas utile de vous la rappeler.

Il reste 3 départements où n'a jamais pu être organisée une société, malgré tous nos efforts : les Basses-Alpes, les Hautes-Alpes et la Lozère.

Une tentative renouvelée en 1900 dans le département des Basses-Alpes ne réussit pas, malgré toute l'activité de plusieurs confrères de la région. Beaucoup de confrères leur avaient promis leur adhésion, mais tout se borna à des promesses et, découragés, ils nous écrivirent, en mars 1900, qu'il n'y avait rien à faire « dans ce pays de montagnes, de sybaritisme villageois, de désintéressement à tout progrès, à toute idée de vie et de mouvement. »

Quant à l'Hérault, nous avons une société pour l'arrondissement de Béziers, mais cette société n'est pas limitée à ce seul arrondissement et elle peut fort bien admettre les confrères des autres arrondissements.

Vous voyez, mon cher confrère, que cette question nous a toujours préoccupés. Je ne manquerai pas de communiquer votre lettre au Conseil Général en le priant d'étudier de nouveau cette question.

Mais, en vérité, ceux de nos confrères qui sont fixés dans les départements où nous n'avons pas de société ne peuvent prétendre qu'ils ne pouvaient entrer dans l'Association parce qu'il n'y a pas de société dans leur département.

Ils savaient ou auraient pu savoir que la société du département voisin ou la Société Centrale pouvaient les admettre. Je pourrais, d'ailleurs, vous citer le cas de plusieurs confrères qui furent sollicités plusieurs fois d'entrer dans l'Association et qui, tombés dans la misère, prétendaient n'avoir jamais entendu parler de l'Association.

C'est là un prétexte que ne peuvent invoquer

nos confrères, car je dois vous dire que, dans presque toutes nos sociétés, le Bureau ne manque pas, chaque année, en Assemblée générale, de prier les membres présents de lui envoyer la liste de tous les confrères établis autour d'eux et de solliciter leur adhésion.

Ceux qu'un pessimisme exagéré tient éloignés de nous ne peuvent pas, lorsque le malheur s'abat sur eux, frapper à notre caisse. Quelle que soit leur détresse ou celle de leur famille, nous ne pouvons rien, car si notre Association a été souvent appelée société de bienfaisance, il n'en est pas moins vrai que ses statuts ne lui permettent pas de faire de la bienfaisance au profit de ceux qui ne sont pas inscrits parmi ses membres et que son assistance est exclusivement réservée à ses participants et à leur famille. Voilà précisément où elle n'a pas le caractère des sociétés de bienfaisance, mais celui de mutualité.

Nous ne pouvons donc rien, malheureusement, pour les deux infortunées dont vous m'avez transmis les lettres, lettres que je vous renverrai, si vous le désirez.

Je ne manquerai pas de vous faire connaître la suite que le Conseil donnera à votre proposition.

Veuillez agréer,

Dr Blache.

Nous avions bien prévu que, malgré toute sa bonne volonté, M. le Dr Blache ne pourrait faire autre réponse aux demandes de secours que nous lui recommandions et qui provenaient de veuves de médecins de l'Ariège et de l'Hérault. Ce résultat de l'indifférence de nos confrères est navrant, et nous voulons faire encore un effort avec le Conseil général de l'Association, pour diminuer à l'avenir le nombre des régions où l'isolement du praticien amène de si lamentables misères.

A M. le Dr Blache nous allons communiquer les noms des médecins des départements sus-visés qui font partie du Concours Médical, des Caisse de prévoyance, du « Sou Médical »,des Syndicats. Il est impossible que, s'ils sont stimulés en même temps par les groupements des départements voisins, ces confrères n'arrivent pas à constituer ou reconstituer, sous la direction et les indications du conseil général, les sociétés locales par l'affiliation desquelles ils peuvent se créer des droits au secours pour les jours de malheur.

Devant une cotisation annuelle de 12 fr., l'imprévoyance et l'abstention sont de l'égoïsme impardonnable, sans excuse ; il faut le reconnaître et ne pas craindre de le dire. Le médecin doit prévoir et ne pas laisser aux siens la mendicité pour toute ressource.

Syndicat des médecins de Vaucluse.

(HORS AVIGNON)

Mon cher confrère,

Notre Syndicat, qui n'a que quelques mois d'existence, vient d'obtenir du Conseil général de Vaucluse un crédit supplémentaire de 5000 francs à reporter sur l'exercice de l'Assistance Médicale gratuite de 1903, et 6000 francs d'augmentation pour l'exercice en cours (1904). Ces résultats sont d'autant plus appréciables qu'ils nous ont délivrés du même coup de l'odieux et inique système de « la faillite annuelle » et nous ont permis d'élaborer de concert avec l'autorité préfectorale et la commission d'assistance du conseil général un plan de réorganisation complète du service de l'Assistance Médicale en Vaucluse à partir de cette année.

Je viens donc solliciter de cette bienveillante obligeance qui caractérise l'administration du « Concours » tous les renseignements et documents pouvant me faciliter une tâche aussi lourde et aussi ardue que l'élaboration d'un projet d'organisation d'assistance médicale.

Nous voulons laisser au malade le libre choix du médecin, tout en assurant à ce dernier une rémunération suffisante de son travail. Nous désirons supprimer les *abus* aussi bien dans le corps médical (mémoires exagérés, ordonnances onéreuses) que dans la clientèle de l'assistance (trop encline à user et à abuser de ses privilèges), sans oublier ceux qui sont le fait du corps pharmaceutique, ni ceux qui, dans autre un ordre d'idées, sont imputables aux municipalités trop complaisantes.

Je crois que le département du Loiret a un syndicat médical qui a prévenu dans une certaine limite tous ces inconvénients,

Il était temps pour nous de nous organiser et de nous liguer à notre tour, car dans un pays qui sacrifie annuellement plus de 70 mille francs à l'assistance, nous étions réduits de plus en plus tous les ans pour arriver à être dépouillés, en 1903, du 48 % ! La cause qui nous touche était trop juste et l'iniquité trop criante pour ne pas nous attirer aussitôt le concours de tous les gens de cœur. Il nous faut davantage encore ; nous avons besoin de réformes radicales pour éviter le retour à un pareil enfer. Veuillez donc nous envoyer des armes. Faites-moi parvenir tout ce qui peut intéresser une transformation complète du service de notre Assistance Médicale et tout ce qui peut aider à l'établissement d'un mode (le moins imparfait possible), le plus logique, le plus équitable et partant le plus acceptable pour tous.

Veuillez agréer, etc.

Dr Goudareau.

Sainte-Cécile (Vaucluse), 8 mai 1904.

N. D. L. R. En félicitant le jeune syndicat, nous lui avons envoyé les règlements modèles qu'il réclamait et où il trouvera tous les renseignements désirables.

Syndicat des Médecins des Hautes-Alpes.

Monsieur et Cher confrère,

Le 12 avril 1904, les médecins des Hautes-Alpes ont formé un syndicat professionnel pour la défense de leurs intérêts. J'ai l'honneur de vous faire connaître les noms des membres du Bureau et de vous faire savoir que nous serons très heureux d'entrer en rapports avec vous et de recevoir toute communication d'intérêt professionnel que vous croirez devoir nous faire, et particulièrement ce qui concerne chez vous les rapports des médecins avec les collectivités, mutualités et services publics en général (des communes, du département ou de l'Etat).

Président : Dr Ayasse.
Vice-Président : Dr Blanc.
Secrétaire-trésorier : Dr Coronat.
(Tous en résidence à Gap.)

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels bien dévoués. Dr Coronat.

Gap, 25 mai 1904.

N. D. L. R. — Parmi les bonnes nouvelles que nous aimons à enregistrer, celle que nous envoie là M. le Dr Coronat est particulièrement intéressante, car il nous semble bien que c'est la première fois que s'établit un groupement professionnel dans cette région, où la difficulté des communications semblait vouer nos confrères à l'éternel isolement, c'est-à-dire à l'éternelle résignation.

Le *Concours médical*, le Bulletin de l'Union des Syndicats, les comptes-rendus de nos assemblées générales, la brochure Diverneresse, le Tarif Jeanne, le règlement modèle d'assistance départementale de 1864, etc... auront vite fait de les instruire dans la voie syndicale.

Nous leur ferons tenir d'autre part les brochures des œuvres de prévoyance et nous ne doutons pas que l'Association générale, les guidant avec zèle sur ce terrain, les syndiqués d'aujourd'hui ne constituent à bref délai leur *Société loca e de Secours Mutuels* pour se mettre, dès cette année, en possession de tout l'outillage de protection, que possèdent depuis longtemps les autres départements.

NOS ŒUVRES DE PREVOYANCE

Caisse des pensions de retraite du Corps Médical Français.

Réunion du comité directeur du 26 mai 1904.

Président Dr Lande.

Assistaient à la séance : Drs Jeanne, Verdalle, Gassot, Maurat et Delefosse.

M. le secrétaire général fait part des lettres venant d'adhérents, depuis l'assemblée générale. Toutes demandent des explications sur la situation faite aux adhérents avant 1904. Le comité approuve les réponses qui ont été données, réponses qui se résument en ceci, ainsi qu'il en a été décidé à l'assemblée générale : rien n'est changé pour l'année 1904 ; aussitôt que M. l'actuaire aura remis son inventaire (en septembre), le comité se réunira ; étudiera les situations et convoquera une assemblée générale extraordinaire.

Il est impossible, sans cet inventaire, de donner une opinion quelconque de l'augmentation des primes, la diminution du taux des retraites etc. Il peut très bien se faire que, vu l'encaisse, ces changements soient peu importants, mais ce n'est qu'un calcul mathématique qui peut donner une idée exacte.

Le comité s'est occupé de la retraite du Dr L. : à ce sujet il est décidé : le trésorier est autorisé à verser à M. L. adhérent, âgé de 60 ans, et ayant droit à la retraite au 1er janvier 1904, une retraite proportionnelle à laquelle les versements effectués avant le 31 décembre dernier lui donnent droit : soit une somme de 1160 fr. ; chiffre fixé par les calculs de M. Fleury, actuaire sur la demande du comité.

M. L. est autorisé à laisser en versement une somme de 976 fr. représentant le capital qui manque pour porter à partir de 1905 sa retraite à 1200 fr. (art. 9. § 2.). Le trésorier devra rembourser au Dr L. la somme de 2094 fr. représentant la différence entre son versement réel de 3070 et la somme de 976 fr. qu'il laisse en caisse.

Ces décisions seront soumises à l'assemblée générale extraordinaire prochaine qui statuera en dernier ressort.

Le comité autorise le trésorier à toucher le remboursement de deux obligations Banque hypothécaire, sorties au tirage du mois dernier :

Le comité décide qu'il sera fait : 1° un tirage de 400 exemplaires des nouveaux statuts révisés conformément aux dernières décisions de l'assemblée générale de 1904, 2° que chaque adhérent recevra un exemplaire de ces statuts : 3° que ces statuts seront soumis au vote de l'assemblée générale extraordinaire.

MM. les adhérents sont priés de lire attentivement ces statuts et de les renvoyer au secrétaire général avec leurs annotations s'ils ne pensent pas pouvoir assister à l'assemblée.

REPORTAGE MÉDICAL

Désignation d'un pharmacien par le médecin. — A propos de la communication du docteur Leredde, que nous avons publiée dans notre dernier numéro, notre distingué confrère, M. le docteur Diverneresse, nous a adressé l'intéressant jugement suivant, qu'il a obtenu il y a une douzaine d'années et qui établit nettement que nous avons le droit et même le devoir de frapper d'interdit les mauvaises pharmacies.

« Le Tribunal civil de la Seine....

Attendu... Que J... n'est pas fondé à se plaindre que Diverneresse aurait, dans certains cas, conseillé à ses clients de faire prendre leurs médicaments dans une autre pharmacie que la sienne ; *qu'un médecin a le droit et le devoir de se préoccuper de l'efficacité des médicaments qu'il ordonne* ;

« Que s'il reconnaît que le pharmacien livre des médicaments défectueux : *il peut et doit même faire* à ses clients des observations, et par suite, les engager à prendre leurs médicaments dans une autre pharmacie :

« Qu'il a été établi que J... ayant, dans certains cas, substitué des médicaments de sa composition à ceux prescrits par le docteur, en conseillant à ses clients de ne pas aller chez le pharmacien J., Diverneresse n'a fait qu'user de son droit ; que J... est donc mal fondé à réclamer des dommages-intérêts :

« Par ces motifs déclare J..., non recevable, en tout cas mal fondé en sa demande en dommages-intérêts et l'en déboute. »

Le pharmacien mécontent fit appel, mais la Cour d'appel de Paris confirma purement et simplement le jugement par un arrêt en date du 20 juillet 1888.

Faculté et hôpitaux.

M. Veau commencera le lundi 27 juin, à 8 h. du matin, à l'Ecole pratique un cours sur les opérations d'urgence et de chirurgie courante.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 26 25 JUIN 1904



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La loi sur les accidents du travail devant le Sénat.

L'article 4 de la loi 1898 sur les accidents du travail, en mettant les frais médicaux à la charge du patron, stipulait que, si la victime faisait choix de son médecin, *le chef d'entreprise n'était tenu de ces frais que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix conformément au tarif de l'assistance médicale.*

Devant le *tollé* unanime soulevé par cette disposition, la Chambre des députés, lorsqu'elle fut saisie du projet de modifications à la loi, adopta cette variante :

Conformément aux tarifs adoptés dans le département pour l'assistance médicale gratuite, ou, à leur défaut, aux usages locaux.

La Commission du Sénat, dans laquelle les mauvaises langues du moins l'affirment, les Compagnies d'assurances-accidents avaient des intelligences, crut devoir revenir sur ce texte et proposer au Sénat la disposition suivante :

Conformément aux tarifs adoptés dans le département pour l'assistance médicale gratuite ou, à leur défaut, conformément aux tarifs du département le plus voisin de la commune où s'est produit l'accident.

C'était absurde, c'était absolument vexatoire pour les médecins, mais cela agréait aux Compagnies !

Nous avons trop souvent eu à regretter que les médecins législateurs parussent oublier, en entrant au Parlement, les intérêts du corps médical, pour ne pas féliciter, cette fois, nos confrères Pedebidou, Piettre, Peyrot, Petitjean, Treille et Gauthier, de leur intervention dans la discussion intervention qui s'est traduite par la défaite du rapporteur..... et des Compagnies.

Mais procédons par ordre.

MM. Piettre, Pedebidou et Petitjean avaient déposé l'amendement :

Conformément aux tarifs ouvriers et aux usages locaux.

MM. Treille et Strauss, de leur côté, avaient proposé des amendements analogues.

M. Piettre, qui ouvre le débat, montre les difficultés que présentera l'application du texte de la commission, s'il est adopté ; il insiste sur le caractère vexatoire et onéreux pour le corps médical de l'assimilation aux indigents des travailleurs visés par la loi.

M. Chovet, rapporteur, paraît personnellement peu ferré sur la question. Il ne songe, lui, qu'à défendre la loi de 1898 ! — On ne dirait pas que c'est sa modification qui est en jeu. — Il parle des millions tombés dans la poche des médecins du fait de la loi sur l'assistance médicale gratuite — il ne paraît pas plus ferré sur cette question — et finalement conclut que le corps médical n'a nulle raison de réclamer et doit être très satisfait de ce qu'on lui concède !!!

M. Treille, avec sa verve habituelle, demande à M. Chovet, si par hasard, ayant une cuisse cassée, il serait satisfait qu'on *amenât près de lui un médecin auquel on dirait : Voici un blessé qui a une fracture de la cuisse, donnez-lui vos soins, vous recevrez pour toute rétribution une somme de cinq francs !* » Il montre que les tarifs d'assistance n'ont rien à voir avec les accidents du travail et reproche à la commission d'avoir amplifié encore sur le texte déjà injuste voté par la Chambre des députés.

M. Gauthier vient enfin montrer ce qu'il faut entendre par les mots : *usages locaux.*

Les prix, dit-il, sont connus comme ceux des petits pâtés : tout le monde le sait et le juge de paix aussi ; par conséquent les appréhensions, qui ont surgi, lorsqu'il a été question des usages locaux, ne sont pas fondées.

Jusqu'à présent, cette jurisprudence des juges de paix a été acceptée par tout le monde et n'est contestée par personne. Elle se maintient dans des limites très modérées, et le corps médical ne demande pas autre chose.

Dans sa réplique, le rapporteur n'a pas trouvé l'inspiration. Il fait observer que M. Gauthier demande que l'usage local soit appliqué immédiatement et non plus à défaut du tarif de l'assistance, ce qui lui vaut cette apostrophe de M. Bérenger :

Et vous, à défaut du tarif de l'assistance, vous n'admettez pas qu'on recoure au tarif des usages locaux.

L'amendement Pedebidou est adopté par 146 voix contre 126 sur 272 votants.

Ce vote faisait tomber le dernier paragraphe du texte de la commission qui était ainsi conçu :

Toutefois, en ce qui concerne les visites médicales dans les villes de plus de 200.000 habitants, le juge de paix statuera d'après le tarif en usage pour les ouvriers de la localité.

Cela ne signifiait rien, n'était pas fondé sur les services rendus et constituait une division purement factice..., mais cela pouvait diviser le corps médical et jeter de la poudre aux yeux des profanes, et c'est peut-être sur quoi l'on comptait.

Il ne s'agit que d'un vote en première lecture, nous le savons bien : il nous semble pourtant que les Compagnies d'assurances, malgré leurs habiletés et leurs finasseries, ont du plomb dans l'aile !

Bonne journée pour le corps médical. Et merci à nos confrères du Sénat.

A. GASSOT.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le pronostic actuel du tabes.

M. le Dr Maurice FAURE consacre, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un article magistral à l'importante question du pronostic actuel du tabes dorsal.

L'évolution du tabes est en rapport avec des infections et des intoxications variées. Le malade est toujours un problème complexe, et il faut, dans chaque cas, faire la part de la syphilis, du surmenage, de l'alcoolisme, du tabagisme, de la grippe, de la tuberculose, etc. A cause du rôle prédominant de la syphilis dans la pathogénie du tabes, il est incontestable que le traitement antisyphilitique doit toujours être tenté, surtout au début du tabes. surtout si le tabétique n'a pas encore subi de traitement antisyphilitique intensif. Mais, on ne doit pas maintenir ce traitement, au nom d'une idée préconçue et contre l'expérience, lorsqu'il donne de mauvais résultats. Certains cas de tabes syphilitique, vigoureusement entrepris, dès le début d'une évolution rapide, par un traitement mercuriel intensif, sont enrayés, et fournissent de belles observations de guérisons (Lemoine, Leredde). Mais l'injection ou l'ingestion systématique de mercure ou d'iodure, à dose forte, chez des malades dont les lésions tabétiques sont depuis longtemps constituées, dont la santé générale est délabrée, qui font des auto-infections, gastro-intestinales, vésicales, pulmonaires, n'aboutit qu'à augmenter le nombre des poisons dans un organisme qui en est déjà surchargé et, par conséquent, à aggraver les désordres nerveux, qui sont la conséquence de l'empoisonnement.

De plus, il faut se garder d'attribuer à l'action exclusive d'un remède héroïque (fût-ce le mercure) les arrêts et les régressions que l'on voit survenir dans la majorité des cas de tabes, car ces améliorations sont de règle. et il est faux que l'ataxie locomotrice soit une maladie nécessairement et toujours progressive (Brissaud, Joffroy, Raymond, Marie, Ballet etc.).

Elle est progressive dans un tiers des cas, environ, pas davantage ; elle s'arrête, régresse et guérit, dans un quart des cas environ ; et, dans le reste, elle procède fort lentement, par étapes, ne troublant sérieusement la vie du malade que par périodes et lui laissant, le reste du temps, la possibilité de vivre d'une vie diminuée, sans doute, mais, en somme, assez acceptable et bien différente, à coup sûr, de celle que l'on prédisait autrefois aux malheureux tabétiques. Et cette vie dure longtemps, car des statistiques recueillies à Berlin, Lamalou, Bicêtre, il résulte que la durée de la vie tabétique est à peu près la même que la durée de la vie d'un homme normal (Leyden, Belugou et Faure, P. Marie).

La direction médicale d'un tabétique doit le garantir, avec soin, contre deux opinions extrêmes : 1° elle ne doit pas lui faire espérer une guérison complète, radicale en quelques mois par le moyen d'un remède qui jugule sa maladie (il n'y a pas de médicament de l'ataxie) ; 2° elle ne doit pas laisser le malade s'abandonner à son triste sort en s'imaginant qu'il est atteint d'une lésion à évolution fatale, ce qui n'est pas.

Il faut, avant tout, enseigner au tabétique que le mal dont il est atteint ne diminuera pas probablement la durée de sa vie ; que, sans doute, ce mal réduira sa capacité de travail et lui créera des souffrances et des désagréments, mais que la vigilance du médecin et la docilité du malade suffiront à éviter la plus grande partie des accidents possibles. En effet, la persistance de l'abolition du réflexe patellaire, ou du signe d'Argyll-Robertson, ou seulement de quelques autres accidents de même importance équivaut, pour le malade, à la guérison.

En outre le médecin veillera à laver la vessie prompte à s'infecter, à débarrasser l'intestin de la stase stercorale fréquente ; il contrôlera l'alimentation, le repos du malade, et le garantira contre l'inanition et l'insomnie ; il prescrira la vie au grand air, défendra le surmenage intellectuel ou physique, les préoccupations, les affaires difficultueuses, etc. ; il surveillera incessamment la circulation et particulièrement le cœur, l'aorte et les vaisseaux cérébraux. En faisant cela, il aura déjà supprimé presque toutes les causes de mort que le tabes apportait à son malade. Durant cette longue surveillance, le praticien aura naturellement recours aussi à des médications que des états passagers pourront nécessiter (injection ou ingestion de substances stimulantes,

fortifiantes, etc., emploi judicieux des analgésiques).

Avec toute la fermeté nécessaire, le médecin imposera au malade des cures annuelles d'un ou plusieurs mois, pendant lesquelles, abandonnant toute autre occupation, le tabétique, dans un sanatorium, n'aura d'autre souci que de réparer les désordres acquis et de prévenir ceux qui pourraient survenir. Pendant cette sorte de retraite thérapeutique, le tabétique, par des exercices spéciaux, apprendra à récupérer l'intégrité de ses mouvements respiratoires ou laryngés, dont le trouble lui fait courir le grand danger des crises de suffocation, des infections broncho-pulmonaires, des hémoptysies, etc. Il apprendra de même à restaurer sa miction, sa défécation, etc. Beaucoup plus facilement, le tabétique récupérera quelquefois intégralement les mouvements volontaires (marche, préhension, etc.), qu'il avait peut-être complètement perdus. Pendant le même temps, il se soumettra à une hygiène spéciale, à l'hydrothérapie thermale, enfin à toutes les pratiques que l'expérience montre comme devant être celles du tabétique qui se soigne et qui veut guérir.

Pour tout cela, l'unité de temps thérapeutique, ce n'est ni le jour ni la semaine, c'est l'année. En quelques années de surveillance étroite et de direction médicale incessante, le tabétique sera changé, et, s'il n'a pas récupéré l'intégrité de toutes ses fonctions, il aura pu, du moins, garantir la conservation de sa vie, continuer sa carrière, et retrouver une santé assez bonne et une activité suffisante pour avoir encore une vie utile et intéressante. C'est ainsi que le pronostic du tabes peut devenir, sinon bénin, du moins très tolérable, dans la majorité des cas.

Emploi du peroxyde de zinc en chirurgie.

M. le Dr Chaput a fait, à la Société de Chirurgie, une très intéressante communication sur l'emploi des peroxydes en chirurgie. Parmi ces peroxydes, le plus employé, pour l'usage externe, le peroxyde de zinc; c'est une poudre blanche dont la formule est ZnO^2. C'est de l'oxyde de zinc peroxydé qui n'a qu'une faible adhésion à son deuxième atome d'oxygène, lequel se dégage avec une assez grande facilité.

Les chirurgiens apprécient beaucoup l'eau oxygénée, qui est un des meilleurs antiseptiques connus : malheureusement, l'eau oxygénée n'est utilisable que sous la forme de bains. Sous forme de pansements humides, elle est mal tolérée à cause de son acidité. De plus, elle dégage rapidement son oxygène et n'a, de ce fait, qu'une action temporaire.

Le peroxyde de zinc, antiseptique pulvérulent, possède les qualités suivantes :

Il n'est pas tonique. Il n'est pas caustique. Il n'est pas irritant.

Il est stérilisable à l'autoclave à 130° et à l'étuve sèche à 150° ; à ces températures, il ne perd qu'une quantité insignifiante de son oxygène. *In vitro*, le peroxyde de zinc ne dégage son oxygène qu'au contact des solutions acides ; dans l'organisme, les acides ne sont pas indipensables, car nos cellules sécrètent une sorte de ferment qui décompose le peroxyde et fait dégager son oxygène.

M. Chaput l'a employé pour des plaies fraîches, pour des plaies torpides, pour les brûlures, pour les pansements vaginaux, pour les eczémas.

1° *Plaies fraîches*.— M. Chaput a pansé deux malades opérées d'astragalectomie, l'une pour tuberculose, l'autre pour pied-bot, et une résection de la hanche laissée ouverte. Dans ces cas, guérison rapide.

Le résultat le plus remarquable a été obtenu dans un cas de fistule anale traitée par une incision simple et pansée au peroxyde. La guérison, avec cicatrisation complète, est survenue en quinze jours, au lieu de 6 à 7 semaines, nécessaires habituellement.

Deux cas d'ostéomyélite ont également bénéficié d'un pansement au peroxyde.

2° *Plaies torpides*. — Le peroxyde de zinc a donné à M. Chaput d'excellents résultats dans le traitement des tuberculoses ouvertes et dans les ulcères de jambe.

Egal succès dans les appendicites suppurées anciennes.

Chez plusieurs malades, l'emploi du peroxyde de zinc a été interrompu, puis repris, et à chaque fois, l'influence excellente de ce produit a été remarquable.

3° *Brûlures anciennes*.—M. Chaput a employé le peroxyde de zinc pour les brûlures anciennes et torpides. Sous forme de poudre, il ne donne qu'une amélioration passagère; —il donne des résultats admirables aussitôt qu'on l'emploie sous forme de pommade à 10 p. 100. — Il faut, à chaque pansement, déterger la plaie avec de l'huile d'amandes douces, qui entraîne l'ancienne pommade ; on remet ensuite de la pommade fraîche après avoir touché la plaie au nitrate d'argent ou à la teinture d'iode.

4° *Pansements vaginaux*. — La gaze au peroxyde est parfaite pour les pansements vaginaux. Dans un cas de colpotomie pour pyosalpinx, des mèches ont été laissées trois jours. Au bout de ce temps, elles étaient souillées de pus, mais n'exhalaient aucune odeur.

5° *Eczéma. Dermites*. — M. Chaput a guéri très rapidement deux cas d'eczéma aigu et trois cas d'eczéma chronique.

Les conclusions de M. Chaput sont les suivantes :

1° Le peroxyde de zinc est excellent pour le traitement des plaies chirurgicales.

Il n'est ni toxique, ni caustique ; il est stérilisable par la chaleur et dégage de l'oxygène d'une manière prolongée au contact des plaies.

Il n'est pas sensiblement plus coûteux que le dermatol ou l'iodoforme.

2° Sous forme de poudre, de gaze ou de pommade, il donne d'excellents résultats dans le traitement des plaies fraîches, torpides, infectées, des eczémas et des dermites.

Le panaris actinomycosique.

M. le Dr Malard, de Lyon, a consacré sa thèse au panaris actinomycosique, qui est une affection relativement rare :

Le panaris actinomycosique est produit par l'inoculation du champignon rayonné, introduit par effraction sous les téguments avec des débris

de végétaux. On l'observe surtout chez les cultivateurs.

Les lésions que l'on observe au doigt sont analogues à celles qui ont été décrites dans l'actinomycose primitive de la peau. Mais, après l'inoculation, les tissus peuvent rester très longtemps sans réagir, véritable incubation qui varie de quelques semaines à deux ans.

On observe surtout une forme chronique, présentant le type nodulaire, puis ulcéré. Le nodule est quelquefois unique, formant une petite tumeur arrondie, indolore, à évolution très lente, du volume d'une noisette ou d'une noix.

Le plus souvent, de nouveaux nodules apparaissent autour du premier ; ils soulèvent la peau de la phalange qui prend un aspect bosselé, mamelonné. Ces nodules, durs au début, se ramollissent ensuite, donnant issue à une sérosité purulente peu abondante. La lésion reste généralement localisée à la peau et au tissu cellulaire, mais il peut se produire des lésions osseuses par infection secondaire.

Le diagnostic, souvent délicat, devra surtout être fait avec les lésions tuberculeuses ou syphilitiques ; l'étiologie spéciale, l'incubation souvent longue, l'évolution torpide et récidivante, la tuméfaction nodulaire, indurée, feront penser à l'actinomycose.

La constatation des grains jaunes au microscope sera nécessaire pour affirmer le diagnostic.

Le pronostic est bénin dans la plupart des cas. Le panaris actinomycosique abandonné à lui-même n'a aucune tendance spontanée à la guérison ; l'ulcération mycosique tend à gagner à la fois en surface et en profondeur ; mais la guérison survient assez rapidement par un traitement approprié, qui consiste dans l'emploi de l'iodure de potassium, mais auquel il faut joindre une intervention chirurgicale.

Nouveau procédé d'instillations aux prostatiques.

Le docteur Melun (de Bucharest), ancien interne des Hôpitaux, recommande, dans la *Presse médicale*, un moyen facile de faire des instillations dans la vessie infectée des prostatiques. On sait que, dans l'infection de la vessie chez les prostatiques, on a souvent recours aux instillations de nitrate d'argent ; on commence par instiller 7 à 15 gouttes dans la vessie, pour arriver après quelques jours à une seringue entière, c'est-à-dire environ 4 grammes (Guiard). D'ordinaire, cette instillation est précédée, chez un prostatique infecté, d'un lavage de la vessie avec la sonde de Nélaton ou une sonde à béquille, puis on fait pénétrer alors la sonde instillatrice. Mais l'introduction d'une sonde instillatrice Guyon chez un prostatique présente des difficultés, par suite des déviations dues à l'hypertrophie de la prostate.

M. Melun remédie à cet inconvénient de la façon suivante : après le lavage de la vessie, il laisse en place la sonde Nélaton et introduit la sonde instillatrice armée de sa seringue par le canal de cette sonde Nélaton, où elle chemine jusque dans la vessie. On est prévenu que la boule de la sonde instillatrice est dans la vessie par une légère secousse qu'on sent quand elle passe par l'orifice de la sonde en caoutchouc. Il faut avoir soin de veiller à ce que le calibre de la sonde instillatrice soit plus petit que le diamètre du canal de la sonde Nélaton (en pratique instillateur n° 8 ou 10 pour une sonde 14 ou 16), et à ce que la longueur de l'instillateur dépasse de 2 à 3 centimètres la longueur de la sonde Nélaton ou de la sonde à béquille, afin qu'il arrive librement dans la vessie.

Ce procédé offre les avantages d'une manœuvre plus simplifiée, de faciliter le passage, en pratique assez difficile, d'un instillateur chez un prostatique, et, enfin, de ne pas causer au malade de grandes douleurs, le nitrate d'argent étant mieux supporté quand on l'introduit de cette manière dans la vessie. Il est probable que cette diminution de la douleur provient de ce que la solution ne vient pas en contact avec le sphincter urétral qui est plus sensible.

Le mal de mer et la suggestion.

A la dernière séance de la Société d'hypnologie, M. le Dr Bonnet, d'Oran, a étudié les influences mécaniques, physiques, physiologiques et psychologiques qui produisent ou exaspèrent le mal de mer. S'il est très difficile de s'en préserver totalement, au moins peut-on l'atténuer ou s'en défendre, dans une certaine mesure, par diverses précautions hygiéniques portant principalement sur la suppression des sensations visuelles et olfactives, la position horizontale, etc. La crainte du mal de mer, la conviction qu'on l'aura, l'imitation suggestive inconsciente, ont une large part dans l'étiologie de ce malaise. Contre ces facteurs psychologiques, la suggestion est tout à fait indiquée. Il est bon de faire les séances de suggestion à terre pendant les jours qui précèdent l'embarquement ou à bord dès le départ. La suggestion a surtout pour effet de diminuer la sensibilité olfactive et visuelle, ainsi que d'exalter la résistance physique et morale du sujet.

D'après M. le Dr Paul Farez, de nombreuses observations classiques montrent que si le mal de mer peut être provoqué par des causes morales, il peut aussi, une fois installé, être instantanément jugulé par une émotion quelconque. De même, la ferme croyance qu'on est immunisé suffit à rendre réfractaire au mal de mer. Je l'ai expérimenté tout récemment. Il s'agit d'un homme de 25 ans. Je l'endors profondément, mais j'évite à dessein de le suggestionner. Convaincu que je lui ai réellement fait les suggestions qui doivent le préserver du mal de mer, il fait, sans éprouver aucun malaise, une traversée qui, les fois précédentes, le rendait extrêmement malade.

CLINIQUE MEDICALE

Hôpital Laënnec : M. le professeur Landouzy.

Les maladies larvées.

Je voudrais revenir aujourd'hui sur cette intéressante question des maladies larvées. Déjà, jeudi dernier, j'ébauchai le sujet à propos d'une malade dont vous vous rappelez la physionomie et l'histoire (1). Avec l'apparence d'une nerveuse, vous

(1) *Concours médical* du 14 mai 1904, n° 20.

disais-je, cette femme est en réalité une tuberculeuse ; elle est atteinte d'une forme larvée de tuberculose, affection si fréquente de nos jours et qui deviendra, je l'espère, de plus en plus rare, à mesure que nous la connaîtrons mieux.

Lorsque Duchenne de Boulogne, traça la merveilleuse description de la maladie portant son nom, le tabes, on ne reconnut d'abord sous cette qualification que le syndrome total, l'ensemble complet des signes qu'il avait exposés, abolition des réflexes, incoordination motrice, douleurs fulgurantes, etc. On donna le nom de tabétiques aux seuls malades présentant la symptomatologie complète qu'il avait décrite.

Puis, on s'aperçut bientôt qu'il existait des individus marchant sans incoordination, n'ayant ni douleurs fulgurantes, ni troubles oculaires, mais se plaignant de crises gastriques ou de crises urinaires ; ces sujets s'acheminaient néanmoins petit à petit vers le tabes confirmé. C'étaient de faux gastralgiques, de faux urinaires, derrière lesquels se cachait le tabes : tabes masqué par un symptôme viscéral, tabes larvé, qui passa inaperçu après la description de Duchenne, de même qu'actuellement les tuberculoses larvées demeurent ignorées et se dissimulent sous des noms divers, jusqu'au moment où les sujets atteints sortent leur tuberculose au grand jour, celle-ci devenant évidente alors pour les observateurs les plus difficiles. Il s'agit de cas dans lesquels la bacillose, frappant le foie, le rein ou tel autre appareil, donne le change parce que, dans le langage actuel, tuberculose veut encore dire phtisie pulmonaire. Or, les malades dont je parle n'ont habituellement pas le facies du phtisique, ils n'ont ni fièvre, ni amaigrissement, ni dyspepsie. L'auscultation, chez eux, donne peu de chose et quand on n'est pas prévenu, quand on ne sait pas que la tuberculose peut se masquer, que les soi-disant bronchites arthritiques par exemple lui sont dues, on passe à côté de la réalité, on traite de nerveux, d hépatiques, de neuro-arthritiques, des individus qui ont seulement le masque du nervosisme ou de l'arthritisme. jusqu'au jour où la tuberculose se dévoile à la faveur d'une hémoptysie, d'une bronchite, d'un foyer de broncho-pneumonie. On s'écrie alors : « Tel malade devient tuberculeux ! » Eh ! bien ! il ne le devient pas, il l'était.

La tuberculose, bien entendu, n'est pas la seule affection se présentant ainsi sous des formes larvées. Je viens de vous parler du tabes ; il en est de même de la syphilis, du paludisme, etc. La malade dont je vous ai entretenus aurait pu réagir de semblable façon à la syphilis. A la faveur d'accidents secondaires en évolution, elle aurait pu fournir un syndrome analogue d'hystéro-toxie : chez cette femme dont le système nerveux était vulnérable, la toxinémie syphilitique eût donné le même résultat extérieur que la toxinémie tuberculeuse.

Lorsque M. Fournier était chef de service à Lourcine, il avait été frappé de la fréquence des accidents nerveux évoluant à la faveur d'une imprégnation syphilitique. Supposez une femme venant vous consulter parce que, depuis quelque temps et sans cause apparente, elle est pâle, anémiée, nerveuse, bizarre, ces derniers troubles s'exagérant sous l'influence d'une émotion, d'une indigestion, de la menstruation, voire d'une simple discussion. Elle est en instabilité fonctionnelle de son système nerveux et en l'absence de tout autre signe morbide, vous avez bonne grâce à dire : c'est une hystérique, une nerveuse. Mais voilà que, peu de jours après, cette femme fait tout à coup une série de plaques muqueuses ; vous avez la signature de la syphilis et vous êtes en droit assurément de rattacher à sa syphilis les phénomènes névropathiques que rien autrement n'explique.

La même chose se passe chez une femme intoxiquée par l'arsenic, le plomb. l'alcool ; chez un individu venant d'être frappé par un traumatisme.

Quand on assiste à des perturbations fonctionnelles dont on ne trouve pas la raison, après avoir recherché du côté des intoxications, de l'alimentation, des maladies infectieuses, grippe, fièvre typhoïde, gonococcie, syphilis. quand on voit ces individus fatigués, à bout de souffle pour un travail qu'ils exécutaient auparavant avec aisance, digérant péniblement, éprouvant des malaises considérables, mélancoliques, on se demande : qu'est-ce que cela ? On répond aussitôt, et c'est vraiment très simple : surmenage, neurasthénie ! Qu'il y ait des neurasthéniques, des sujets en état d'insuffisance nerveuse, chez qui ces troubles se présentent sans rime ni raison, je veux bien le concéder, quoique je ne le concède pas sans résistance. Mais il y a quelque chose de plus réel, de plus certain ; je l'ai appris à mes dépens et ce n'est pas écrit dans les livres. Cet individu qui a l'air fatigué par les émotions. les affaires. les voyages, les concours, les ennuis, est souvent en puissance de maladie larvée dont vous trouverez la trace en la cherchant avec assez de soin.

Voici une femme dans la force de l'âge, n'ayant pas d'affection chronique définie, pas de tare héréditaire, rien pouvant expliquer la dépression nerveuse où elle se trouve. Avant toute autre hypothèse, demandez-vous s'il n'y a pas une tuberculose sous roche, une syphilis larvée, une hystérotoxie grippale, saturnine, alcoolique... Les formes nerveuses, frustes, de la grippe, du saturnisme, de l'alcoolisme, du paludisme, sont bien connues. Celles de la tuberculose sont non moins réelles. Les cas en question sont rares à l'hôpital, fréquents en ville. Je les ai reconnus en étudiant à fond l'histoire des malades, en suivant leur évolution : après être restés un certain temps dans l'ordre des troubles d'apparence purement nerveuse, je les ai vus entrer dans la tuberculose classique, tuberculose qui était souvent décelable au début, grâce à un examen répété, délicat, à une percussion fine, à une auscultation attentive de la respiration ordinaire, de la respiration violente, de la voix, grâce à la séro-réaction, à l'injection de tuberculine.

Je pourrais évoquer devant vous le souvenir de certains diagnostics qu'il m'a été donné de poser à propos d'individus atteints les uns d'érythèmes, les autres de bronchites soi-disant *a frigore*, de pleurésie sèche, de péricardite trop facilement qualifiée de « rhumatismale », mot dont on abuse toute la journée. De sorte que, à force d'accumuler les localisations de la bacillose, sur la peau, sur les muqueuses, sur les séreuses, sur le système nerveux, vous finirez bien par adopter cette idée qu'il y a infiniment plus de tuberculeux qu'on ne le pense.

L'année dernière, j'étais consulté par un jeune homme de 30 ans, désœuvré, n'ayant d'autre oc-

cupation et préoccupation que de dépenser ses revenus. Il avait été pris d'une sorte de déchéance physique que rien n'expliquait. Il devenait nerveux et était traité de neurasthénique. Il avait consulté de nombreux spécialistes, et finalement, était venu chez moi, m'expliquant longuement toutes ses misères de santé, depuis sa douleur de tête jusqu'à ses démangeaisons, toutes les litanies en un mot propres à ce genre de malades. Je l'examinai et je mis en tête de sa feuille : respiration suspecte au sommet droit. Je demeurai un certain temps sans le revoir. Un jour il réapparut, me racontant qu'il venait de faire une hémoptysie ; il portait au sommet droit des lésions manifestes de tuberculose au premier degré.

J'étais consulté, l'année dernière également, par une jeune femme chez laquelle je ne trouvai, à l'examen thoracique, qu'un point douteux sous la clavicule droite Elle ne toussait pas et se plaignait seulement de névralgies vagues, erratiques, mal caractérisées. Sept mois plus tard, elle présentait une série d'hémoptysies et des signes évidents de tuberculose.

En pareille circonstance, la maladie est au poumon et les manifestations se font sur le système nerveux. N'ai-je pas le droit d'appeler ces affections des « tuberculoses larvées » (*larva*, masque). Rappelez vous notre patiente de jeudi dernier. Elle se considérait comme une nerveuse, ne voulait pas entrer à l'hôpital, et demandait qu'on lui rendît ses forces, qu'on la fît dormir. Au lieu d'être victime d'une grippe, d'une syphilis, elle l'a été d'une tuberculinémie. De même qu'une simple piqûre tétanifère détermine un petit foyer d'où partent toute une série d'accidents généraux spasmodiques, de même qu'une angine à bacilles de Lœffler cause une intoxication nerveuse paralytique, de même, ici, une tuberculinémie a créé des troubles hystérotoxiques.

Cliniquement, les phénomènes larvés abondent.

Il y a 4 ou 5 ans, je soignais un jeune lieutenant revenu de Madagascar, où il avait été atteint d'accidents paludéens nettement définis. Il était rentré en France parfaitement bien portant, avait repris sa vie mondaine, familiale, calme et tranquille, lorsqu'un jour, sans motif apparent, il fut pris d'insomnie, de malaises vagues, de douleurs mal précisées dans la joue et dans la cuisse droites. Il devenait inquiet, désagréable, et lui, garçon aimable et enjoué, était triste et voyait la vie en sombre alors que, au contraire, tout dans l'existence lui souriait, après une campagne fatigante où il avait gagné honneurs et avancement. Sa famille fit l'impossible pour le distraire, l'amuser : rien ne l'égayait. On le sermona sans plus de succès. Il fut pris de maux de tête, de tremblements, tout cela sans substratum matériel, sans rien dans les urines, sans excès de boisson ou de tabac. Les choses allaient ainsi et il était devenu neurasthénique, pour employer l'expression d'un de ses parents médecin, quand un matin sa famille le trouve dans son lit, ayant perdu connaissance. Nous sommes appelé et arrivons auprès de lui : il est plongé dans une manière de collapsus, de coma, ne répondant pas, insensible à la piqûre, à la flagellation, le pouls régulier, à 80, mais la température élevée à 40°. Rien d'anormal, dans la nuit ou la veille, ne s'était passé, et pendant que nous l'examinons, il est pris subitement d'une crise convulsive. Connaissant ses antécédents de Madagascar, je n'hésitai pas à dire, comme je l'avais dit pour sa soi-disant neurasthénie : tout cela, c'est de la séquelle de paludisme. Je pratiquai une saignée et une injection hypodermique avec un gramme de chlorhydrate de quinine. Il revint à lui, le soir, et s'endormit. Trois jours après, nous croyions tout terminé, lorsqu'il fut repris des mêmes phénomènes. Sur ces entrefaites, je demandai à M. Kermorgant, médecin inspecteur des colonies, de venir le voir. Mon collègue confirma mon opinion relativement au paludisme et nous continuons pendant 3 jours les injections sous-cutanées de quinine. Le malade sortit de là absolument indemne, après avoir touché des températures rectales de 41°, 41°8. L'année suivante il entrait à l'Ecole de guerre d'où il fut appelé à une haute situation, preuve qu'il avait reconquis entièrement sa santé et sa vigueur. Depuis, il s'est marié, a eu des enfants et, fait intéressant, l'un deux, à propos d'une maladie légère, d'une rougeole peu accusée, a fait un cortège symptomatique anormal, délire, convulsions réactions, qui témoignaient du tempérament de son père. A ce propos, je remarquerai que, en matière d'antécédents, nous devons nous guider non seulement sur l'interrogatoire du passé, mais aussi sur celui de la descendance. L'enfant est un domaine parcellaire échappé à notre domaine, et l'on peut apprécier le tempérament du père et de la mère en observant celui des enfants, en notant les phénomènes réactionnels que ces derniers présentent au cours d'une infection ou d'une intoxication passagère.

On n'avait pas manqué de qualifier ce malade de neurasthénique ; on avait dit qu'inoccupé après une existence active il était devenu nerveux. Voilà la monnaie dont se payent les gens du monde et aussi quelquefois les médecins.

Quand les gens du monde voient une jeune fille pâlir, devenir irritable, ils l'étiquettent volontiers de nerveuse, ajoutant comme conclusion: pour remettre l'équilibre de ses nerfs, il faut la marier, mariez-la. Certes, il arrive une fois sur dix peut-être qu'une jeune fille se trouve dans ces conditions, qu'elle ait été séparée d'un amour connu ou inconnu, la mettant dans un état de dépression morale et physique. On peut se déprimer par des sensations agréables, par des sensations pénibles, par l'excès ou la suppression de ces aliments psychiques qui nourrissent notre esprit. Toutefois, pour une jeune fille, remplissant ces conditions, qui tire profit du mariage, combien d'autres en pâtissent. Combien de ces soi-disant nerveuses, de ces pseudo-chlorotiques que, même sur des conseils médicaux, on marie, combien d'entre elles commencent alors une existence infiniment plus pénible encore. Vous voyez les effets lamentables du mariage chez une jeune personne déjà à la ration de santé, à laquelle vous allez imposer la somme de fatigues et de réactions qu'impose le mariage, avec la possibilité d'une grossesse ou d'un allaitement. Combien vous engagez gravement votre responsabilité en donnant un tel avis. Or, c'est là de la clinique journalière.

La question du tempérament, dont je vous parle constamment, vous paraît, elle aussi, un sujet de luxe, un hors-d'œuvre inutile en médecine. Avez-vous reconnu qu'un individu est atteint de pneumonie, de fièvre typhoïde, il vous semble oiseux de passer votre temps à rechercher des

détails comme l'état de la langue, sa sécheresse ou son humidité, l'état des réflexes, de la pupille, plus oiseux encore de vous enquérir si le patient a du sommeil, si son attention est soutenue ou non, s'il réclame ou s'il se laisse donner passivement à boire. Vous vous demandez peut-être lorsque, dans les salles, je pose toutes ces questions : Qu'est-ce que cela vient faire ? Le malade a une pneumonie, c'est entendu, le diagnostic est fait. Eh bien ! ce diagnostic ne m'apprend pas grand' chose et, d'ailleurs, par le temps qui court, le garçon du laboratoire où les crachats ont été portés établira aussi facilement que vous ce diagnostic élémentaire. Le médecin commence seulement quand il fait le relevé, au point de vue du tempérament, de l'individu qu'il soigne. La maladie est un conflit entre une cause offensante et un organisme. Ce qui va se passer et en résulter, nous le saurons moins par la nature de la cause que par les réactions de résistance du patient. Ses pupilles demeurent-elles mobiles, ou inertes, ses réflexes conservés ou abolis, sa langue est-elle bonne ou sèche, vous en conclurez qu'il est en état de résistance ou de défaillance. De même par son bocal d'urine, son pouls, vous jugerez sa situation.

Le diagnostic de pneumonie est facile. Il est 10 fois fait par le point de côté, la percussion, l'auscultation, les crachats, la bactériologie. Il est archi établi avec un luxe de preuves que je qualifierai de débordant. Quant au pronostic, il n'est même pas commencé. Nous savons une chose, un mot : pneumonie. Les ouvrages de pathologie nous apprennent bien qu'il s'agit là d'une sorte de culture du pneumocoque sur le parenchyme pulmonaire, aboutissant, au 7e et 8e jour, à une défervescence ou une hépatisation grise. C'est vrai, mais chez notre malade que va-t-il se passer ? Nous ne le saurons qu'en prenant son individu en entier, dans ses réactions habituelles, dans ses réactions antérieures au cours de maladies qu'il a pu avoir. Voilà en quoi la connaissance du tempérament est utile.

Habituez-vous à étudier les tempéraments et à dépister non seulement les maladies classiques mais encore les maladies larvées, la tuberculose larvée en tête et ses formes nerveuses en particulier. C'est un chapitre de plus à ajouter à la pathogénie du système nerveux. Il y avait, autrefois, le grand livre des névroses *sine materia*. Ne restez pas sur ce diagnostic facile.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

GYNÉCOLOGIE

L'ovarite scléro-kystique,

Par le Dr Paul Petit,

Chirurgien-adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel.

L'*ovarite scléro-kystique* consiste, tout à la fois, dans la sclérose du tissu ovarien et dans la présence, au milieu de ce tissu sclérosé, d'ovisacs devenus kystiques et dans lesquels tous les éléments distinctifs disparaissent peu à peu, de telle sorte qu'à un moment donné la nature propre de ces kystes ne se peut plus reconnaître qu'à la minceur de leurs parois, leur défaut de vascularisation et le voisinage immédiat d'autres kystes de même origine, mais moins avancés dans le processus de dégénérescence. Tantôt le tissu de sclérose l'emporte sur les kystes, tantôt au contraire les kystes sont assez multipliés et développés pour transformer l'ovaire en une masse aréolaire, cloisonnée, qui peut atteindre le volume du poing. Ces kystes n'ont rien à voir avec les kystes proligères, les kystes à grand développement.

Il est un point sur lequel je désire beaucoup insister, pour le plus grand bien des malades : on rencontre, très souvent, à la surface d'ovaires, normaux par ailleurs, quelques follicules gonflés de liquide : sommes-nous autorisés à dire, de ce seul fait, que ces ovaires sont malades et que leur ablation est justifiée ? Notez que c'est là une question que très souvent chirurgien et médecin traitants ont à se poser, malade ouverte et ovaires en mains, et il faut que le médecin traitant puisse imposer au besoin son avis au chirurgien, en connaissance de cause. Je vais en donner le moyen raisonné.

L'évolution simultanée d'un certain nombre de follicules vers la ponte n'est qu'un fait normal, destiné à assurer cette ponte. L'un d'entre eux ayant accompli le cycle complet, les autres, ceux qui ne faisaient que l'accompagner, prêts à prendre sa place, s'il venait à faiblir, s'arrêtent dans leur accroissement. Ils sont alors envahis par du tissu muqueux ou se transforment en kystes, tandis que leurs éléments nobles dégénèrent. Il ne faut donc pas, comme on le fait encore malheureusement trop souvent, conclure de la présence, à la surface d'un ovaire, d'un certain nombre de saillies folliculaires, à la *dégénérescence polykystique* de cet ovaire. Pour qu'il y ait dégénérescence polykystique, il faut : que les saillies folliculaires soient nombreuses, que le volume d'un certain nombre d'entre elles dépasse 2 cm. de diamètre, que le stroma de l'ovaire ait une consistance scléreuse. Je pense que voilà un point très important bien établi.

Je ne sais pourquoi l'ovarite scléro kystique est plus rare actuellement qu'elle ne l'était il y a quelques années. Nous ne sommes pas encore complètement édifiés sur sa pathogénie. Il semble bien cependant que, tantôt elle se rattache à un processus nettement inflammatoire gagnant l'ovaire par la surface péritonéale ou par la voie de ses vaisseaux, et que, tantôt, elle se relie, en même temps que la sclérose concomitante de l'utérus, à la constitution neuro-arthritique du sujet. La dégénérescence scléro-kystique ne serait alors que la résultante de l'exagération ou de la production intempestive de la congestion simple qui, tempestivement, aboutit à la ponte. Cette donnée est d'ailleurs tout à fait d'accord avec la symptomatologie assez spéciale de l'ovarite scléro-kystique qui se résume, en somme, en métrorrhagies, douleurs paroxystiques menstruelles et intermenstruelles, avec un état nerveux très prononcé, sans qu'il y ait souvent traces d'adhérences ou d'un processus inflammatoire quelconque. Pour peu que l'on examine soigneusement ses malades, on reconnaît souvent et avec la plus grande facilité, à travers les culs-de-sacs vaginaux, surtout sur l'ovaire gauche, toujours plus procident que le droit, les saillies rénitentes, arrondies, caractéristiques de l'état morbide en question.

Si l'on a vraiment affaire à l'ovarite polykystique, il faut conseiller l'intervention chirurgicale. Que penser des interventions conservatrices ? Je

★

ne puis comprendre pour ma part que l'on crible de pointes de feu, pour détruire des kystes qui n'ont rien de malin, des ovaires qui n'ont que trop de tendance à la sclérose; le résultat le plus net de cette pratique, à moins qu'elle ne soit très ménagée et partant insuffisante, me paraît être d'accentuer le processus de sclérose et de déterminer des adhérences là où il n'en existait pas. Si une suffisante partie de l'ovaire paraît encore apte à la fonction, la résection des parties malades suivie de suture est certainement beaucoup plus rationnelle. Mais si la dégénérescence est avancée, le plus sûr est d'enlever tout l'organe, surtout si l'on peut conserver tout ou partie de son semblable. Malgré la bénignité actuelle de la laparotomie pour ovarite ou ovaro-salpingite, on ne peut vraiment encore demander à la généralité des femmes, sous prétexte de conservation, de se faire ouvrir le ventre, comme par plaisir, tous les six mois.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le Congrès d'exercice illégal de la médecine.

La protection de la santé publique par la guerre à l'exercice illégal de la médecine est une des tâches que les législateurs de 1892 inscrivirent au programme des syndicats médicaux en donnant à ceux-ci l'existence légale. Nous avons encore présentes à l'esprit les paroles que prononçait à ce sujet M. Loubet, alors président du Conseil des ministres.

Mais, pour des raisons diverses, nos Sociétés n'ont pas répondu aux espérances en cette matière.

Il y avait à compter, dans la recherche de ces délits, avec la complicité du public gogo qui croit à ses rebouteux comme aux sorciers de jadis, qui les craint, les cache, les aide, les couvre ; avec des intérêts que favorisent ces gaillards-là : officines louches, chapelles et processions prenant part aux guérisons, pisteurs finauds, etc..., toute une cabale décidée à faire payer cher au diplômé l'action judiciaire qu'il intenterait ; avec la presse locale, cette grande éducatrice de nos populations, dont on connaît les inspirations rarement larges et élevées, les procédés plus ou moins dignes et moraux ; surtout avec ce sentiment des masses que le médecin ne pourchasse les braconniers de sa profession que pour sauvegarder sa caisse personnelle.

Tout cela, et bien d'autres tristes influences encore, rend les Parquets réfractaires aux enquêtes ; ils laissent celles-ci aux soins des Syndicats qui ne sont pas armés pour les mener à bien et, de guerre lasse, renoncent à faire la besogne des procureurs

Non moins décourageante, d'ailleurs, l'attitude des tribunaux chargés de la répression quand nous avions recueilli les dossiers les plus écrasants. Vétilles pour eux, toutes ces pratiques de nos confrères de la main gauche ; ils n'y attachent d'importance que si la victime poursuit en réparation civile après avoir été bien estropiée ; mais ils se refusent à croire que la drogomanie, créée par la réclame des grands journaux, ait fait naître toutes ces gastrites, toutes ces névropathies, toutes ces intoxications médicamenteuses, toute cette pathologie d'hypochondriaques, qui traînent dans les salons et les familles et empoisonnent l'existence.

L'Union des Syndicats médicaux a pensé qu'il fallait dessiller les yeux de tous ceux qui, journalistes, magistrats, prêtent aveuglément la main au développement de ce fléau et ne connaissent ni son étendue, ni ses ravages, ni la responsabilité qu'il fait retomber sur leur connivence. — Nous heurterons l'opinion publique et la routine des ignorants, c'est entendu : nous ferons regimber les intérêts menacés et recevrons bien des horions, personne n'en doute ; on nous jettera à la tête nos propres erreurs, nos brebis galeuses, nos charlatans ; tout cela est prévu et beaucoup d'autres choses encore. Mais depuis quand fait-on progresser une idée, une cause juste, sans rencontrer toutes ces résistances ? Et les Syndicats médicaux, organes de défense, ont-ils jamais rêvé de pratiquer celle-ci sans recevoir de coups ? Enfin n'appartient-il pas à leur Union d'organiser l'attaque d'ensemble contre cette bastille de l'exercice illégal qui fut la raison d'être de l'admission de nos groupements à l'existence légale et à la capacité judiciaire ?

Nous ne doutons pas que l'appel à toutes les Sociétés médicales soit partout entendu, que les collaborations et contributions pécuniaires n'affluent avant peu au Secrétariat général. La commission de préparation est depuis quelque temps constituée : elle s'est acquis les plus précieux concours et a beaucoup travaillé. Sans entrer dans le détail de ses actes, nous publions aujourd'hui, pour bien fixer les idées, le programme des études du Congrès, tel qu'il a été présenté, à titre d'indication, par le dévoué secrétaire général de l'Union, M. le Dr J. Noir, et accepté comme cadre.

Le Congrès aura lieu dans un an environ. De nombreuses adhésions personnelles et collectives lui sont dès à présent assurées. Son comité d'organisation fonctionne déjà, ayant à sa tête M. le Dr Duchesne, président, et M. le Dr Levassort, secrétaire général, deux de nos confrères parisiens les plus richement documentés sur l'exercice illégal.

« Si le but du Congrès est fort limité, dit M. Noir, le champ de son action est des plus vastes, car nombreuses sont les classes et les catégories de gens qui, par sottise ou par intérêt, et surtout en unissant ces deux raisons à la fois, se mêlent du rôle délicat et dangereux de soigner leurs semblables.

« I. Charlatans et empiriques.—Une première classe comprend des gens qui n'ont aucune raison de faire œuvre médicale. Dans cette classe, on peut tout d'abord ranger une première catégorie d'*empiriques grossiers* et de *charlatans vulgaires*. Ce sont les rebouteurs et les sorciers de campagne, qui deviennent en ville les somnambules, les magnétiseurs et les guérisseurs ; ce sont les marchands d'orviétan de tous genres, les matrones qui savent à leur façon assister les femmes en couches. Dans les grandes villes, ces empiriques peuvent s'organiser au point de créer de véritables institutions. La ville de Sens conservera longtemps le souvenir d'un de ces empiriques célèbres qui, à l'abri d'un costume ecclésiastique, exploitait et estropiait les malades de tout le Nord et l'Est de la France. Il fallut atten-

dre qu'il eût causé des accidents sérieux pour lui intenter un procès, alors qu'une simple mesure de police eût dû suffire à supprimer ce dangereux cabinet d'affaires. Ces gens-là n'ont pas d'excuses à alléguer devant le Tribunal, et la seule circonstance atténuante qu'on puisse invoquer en leur faveur est leur propre sottise.

« Une seconde catégorie de cette classe est bien différente, tout en étant aussi dangereuse. C'est celle des *gens soi-disant charitables*, des *philanthropes* plus ou moins bien intentionnés. S'il en est beaucoup de naïfs parmi eux, il en est d'autres qui, en empiétant dans le domaine de la médecine, veulent se créer une influence morale, et se faire une petite réclame politique ou personnelle. Cette catégorie se recrute parmi les ministres des cultes et les religieuses qui, dans certaines régions pauvres, exercent ouvertement l'art de guérir. A eux viennent s'adjoindre un grand nombre de membres de Sociétés de secours qui, ayant reçu quelques leçons de soins urgents à donner aux blessés en temps de guerre, ayant lu ou entendu quelques conférences médicales, se sont crus aussitôt médecins et ont voulu faire sur leurs voisins ou leurs connaissances l'apprentissage clinique de la besogne problématique qu'ils espèrent s'arroger sur les champs de bataille. Ces gens-là ont souvent de bonnes intentions, mais ils pèchent par vanité et suffisance. Les sujets de conférences que certaines grandes Sociétés leur font faire par des médecins distingués, où le succès du conférencier est plus recherché que l'utilité pratique de la leçon, les entretiennent dans cette prétention ridicule de se croire quelque peu médecins. Nous devons leur accorder des circonstances atténuantes, puisque les médecins eux-mêmes contribuent largement à fausser leurs idées et à développer chez eux cette aberration.

« II. Professions auxiliaires de l'art de guérir. — Ces infirmiers d'occasion nous mènent aux infirmiers de profession, qui forment la première catégorie d'une importante classe de gens qui exercent souvent illégalement la médecine : la classe de ceux qui, par leur profession, sont plus ou moins des auxiliaires de l'art de guérir.

« Les gardes-malades, les infirmiers, les infirmières, prennent quelquefois l'habitude de donner des conseils, sollicités qu'ils sont par les malades eux-mêmes. La confiance qu'on leur témoigne en grise un trop grand nombre, et ils se laissent doucement glisser sur la pente de l'exercice illégal. Dans les écoles d'infirmières de nos hôpitaux parisiens, nous ne cessons de répéter que nous instruisons le personnel pour en faire seulement des auxiliaires intelligents et utiles, nous mettons le plus grand soin à montrer le danger de l'initiative de l'infirmière même, celle qui en apparence paraît la plus anodine. Tout récemment, comme professeur de pansement à l'Ecole de Bicêtre, nous insistions sur les accidents très graves qui peuvent résulter de l'application d'un simple vésicatoire. Notre insistance porte certainement ses fruits ; peut-être pas autant que nous le désirerions, mais l'homme n'est pas parfait. Nous regrettons que notre exemple ne soit pas suivi davantage et qu'il existe des Ecoles privées de gardes-malades qui, à en juger par les manuels que l'on met entre les mains des élèves, et les programmes publiés, sont de véritables institutions où l'on prépare à l'exercice illégal.

« A ce sujet, nous réfuterons une objection faite à tort à l'enseignement des infirmières et gardes-malades. « On crée ainsi, a-t-on prétendu, des pseudo-médecins et des guérisseurs. » C'est là une grossière erreur contre laquelle nous ne cesserons de protester. L'instruction n'est jamais nuisible, c'est parmi les ignorants et les imbéciles que se recrutent le plus souvent les rebouteurs et les guérisseurs. Il n'existait pas, jadis, d'Ecole d'Infirmières à l'Hôtel-Dieu de Paris et cela n'empêchait pas une religieuse, la mère Saint-X..., d'y donner ouvertement des consultations et d'y exercer illégalement la médecine sous l'égide de ses supérieurs et avec la tolérance de l'administration. Pareils faits ne se produisent pas aujourd'hui dans nos hôpitaux pourvus d'écoles, et nous sommes persuadés que si, par hasard, ils se renouvelaient, la répression ne se ferait pas attendre.

« Dans le monde des *masseurs*, des *pédicures*, des *garçons de bains*, des *doucheurs*, et même des *barbiers* et *coiffeurs*, chez ces derniers, sans doute, par atavisme, on trouve toujours des praticiens dévoués au soulagement des malades et possédant des recettes merveilleuses. Les premiers soignent entorses, luxations et fractures, ce sont les rebouteurs modernes et perfectionnés des villes; les autres prennent soin de la peau, des maladies vénériennes et de celles du cuir chevelu. Pour ces dernières même, à l'instar de M. Prudhomme, ils ont le droit de dire qu'ils contribuent à les guérir et au besoin à les répandre.

« A côté d'eux, prennent place les commerçants et les industriels qui vendent et fabriquent des appareils dont le médecin conseille l'usage : les *bandagistes* par exemple. Et. dans un ordre plus relevé, mais toujours dans le même groupe, les écrasant tous par son importance plus grande, est le *pharmacien*. Il faut dire à sa décharge que public, médecin et autorités paraissent se liguer pour le pousser dans la voie de l'exercice illégal; le public, en s'adressant directement à lui, en exigeant même des conseils que le pharmacien est souvent tenu de donner s'il ne veut perdre sa clientèle ; le médecin, en négligeant de donner sur ses ordonnances les détails du traitement et en laissant au pharmacien le soin de tirer d'embarras le malade et son entourage pour l'exécution des conseils médicaux ; les autorités, du moins à Paris et dans les grandes villes, en se servant des pharmacies comme postes de secours au grand détriment des blessés et en négligeant systématiquement d'organiser des dispensaires de prompts secours permanents et bien outillés comme il en existe à l'étranger.

« Parmi les professions auxiliaires de la médecine, il en est deux qui méritent une place à part dans une étude de l'exercice illégal, parce qu'un diplôme leur accorde le droit d'exercer une partie de l'art de guérir, nous voulons parler des *dentistes* et des *sages-femmes*. Il est délicat de limiter exactement leurs droits et de dire à quel moment commence pour eux l'exercice illégal. Cependant, il n'y a pas de doute dans nombre de cas, et personne ne contestera que le dentiste qui pratique la trépanation du sinus maxillaire est tout aussi coupable que la sage-femme qui fait de la gynécologie.

« III. — Etudiants en médecine et médecins. — Nous arrivons maintenant à une classe où l'exercice illégal est souvent difficile à définir, mais où

il doit être réprimé s'il y a lieu ; c'est la classe des médecins eux-mêmes. Tout d'abord signalons les étudiants et les internes des hôpitaux. La loi de 1892 leur donne le droit d'exercer dans certaines conditions (telles que les remplacements) et avec l'autorisation préfectorale. Les exigences de la loi ne sont pas toujours remplies et il est arrivé souvent que des étudiants, âgés et pressés, se sont installés longtemps avant d'avoir obtenu leur diplôme et sont parvenus à conserver pour eux illicitement une clientèle que d'autres médecins auraient pu prendre légalement. Très importante et digne d'étude est aussi l'intervention des internes dans les hôpitaux et les cliniques en dehors de la surveillance d'un docteur, ce qui est un cas d'exercice illégal bien caractérisé. Citerons-nous dans ce groupe les *médecins étrangers*, les spécialistes grands et petits, connus ou méconnus, qui viennent en France à époques fixes et rapprochées sans être appelés en consultation ? Ils accourent recueillir un nombre suffisant de clients fortunés qui peupleront leurs maisons de santé en Angleterre, en Suisse ou ailleurs. Le docteur honoraire d'Université qui, paré de son titre, s'arroge le droit de pratiquer malgré l'interdiction formelle de la loi fait de l'exercice illégal. Il agit encore illégalement le véritable diplômé qui usurpe un titre auquel il n'a aucun droit, qu'officier de santé il se dise docteur, ou que même docteur, il se qualifie sans droit du titre d'ancien interne ou d'agrégé.

« Mais tout cela est véniel si l'on considère la tourbe médicale malheureusement trop nombreuse qui exploite le désespoir des incurables et cherche à battre monnaie avec le cancer et la tuberculose. Ces hommes de proie ne sauraient faire partie du corps médical ; ils n'exercent pas même illégalement, ce sont de simples, de vulgaires escrocs, et on a lieu de s'étonner de la mansuétude des pouvoirs publics à leur égard.

« Ajoutons à cette longue liste les associations illicites et malhonnêtes où le véritable médecin couvre un charlatan de son diplôme. La loi de 1892 assimile dans ce cas la complicité au délit.

« Rôle de la Presse. — Bien que fort limité dans son but et n'empiétant en rien dans le domaine de la déontologie, on peut dès à présent se rendre compte de la tâche du futur Congrès dans toute son étendue, et encore elle ne se bornera pas là. Le Congrès devra aborder le sujet très difficile et très délicat du *rôle de la Grande Presse*. C'est la presse qui favorise l'exercice illégal par certains articles payés, sous caractère d'annonces, qui vantent un produit ou exaltent un empirique ; elle le pratique même en publiant, comme correspondance, conseils du docteur ou avec toute autre rubrique, de véritables ordonnances n'émanant pas de médecins, mais signés de pseudonymes. ce qui est absolument illégal.

« Enfin, après avoir envisagé le mal. le Congrès devra rechercher les remèdes. L'application des règlements et des lois n'est pas le seul agent de lutte, si c'est le meilleur moyen de répression. Il en existe d'autres qui pourront être tout aussi efficaces. Ils consisteront par exemple à instruire le public, et surtout les enfants de l'école, du danger qu'il y a à écouter les charlatans et à croire aux préjugés, à dévoiler sans pitié les escrocs et à leur donner la publicité qu'ils méritent.

« Enfin, pour ce qui est des professions qui se rattachent à la médecine : pharmaciens, dentistes, sages-femmes, etc., on pourra mettre en œuvre des procédés de douceur avant d'avoir recours à la rigueur ; on pourra conseiller la création de Tribunaux d'arbitrage et éviter ainsi le bruit de fâcheuses poursuites. La Fédération médicale et le Syndicat des Pharmaciens du Nord ont inauguré récemment avec succès ce nouveau système à l'égard d'un pharmacien convaincu, dans plusieurs cas d'accident du travail, d'exercice illégal.

« Une fois le Congrès terminé, aurait-il eu le plus grand succès possible, le charlatanisme n'aura pas vécu. C'est une tare originelle de l'humanité, tout comme la prostitution, et il ne saurait cesser qu'avec la sottise humaine. Mais si le mal est incurable, on pourra au moins empêcher son expansion, le chasser de certaines professions où il n'aurait jamais dû se glisser. On pourra surtout attirer l'attention sur lui, intéresser à sa répression les législateurs, les magistrats et le public tout entier et, si limité que soit le résultat obtenu, il sera toujours des plus utiles ».

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

SOU MÉDICAL

Réunion trimestrielle du Conseil

Procès-verbal de la séance du 2 juin 1904.

La séance est ouverte à 3 heures 1/2.

Présents : MM. Maurat, président ; Jeanne, vice-président ; Gassot, trésorier ; de Grissac, secrétaire général ; Dally, remplaçant M. Diverneresse empêché ; Mignon, Gassot fils, Me Gatineau, avocat-conseil, Le Menant des Chesnais, secrétaire des séances.

Le Président donne la parole au trésorier, qui fait connaître l'état actuel des recettes et des dépenses, indique l'urgence de se montrer économes, et signale qu'un certain nombre de membres n'ont pas encore payé leurs cotisations de 1904 ; sept membres sont décédés depuis le commencement de l'année.

Par contre, 32 nouveaux membres se sont fait inscrire.

Le Bureau émet le vœu que chaque adhérent fasse une active propagande dans sa région, car plus seront nombreux les membres de la Société et plus il sera possible à la caisse du « Sou Médical » de soutenir les confrères aux prises avec des ennuis professionnels sur une question d'intérêt général.

Le Président, met aux voix l'admission définitive des nouveaux adhérents qui ont versé leur cotisation. Ce sont :

MM.

331 Dr Gravier, à Les Grandes-Ventes (Seine-Inférieure).
333 Dr Chevalot, à Jœuf (Meurthe-et-Moselle).
334 Dr Bollach, à Belmont (Loire).
339 Dr Ambrois, à Pont-de-Beauvoisin (Isère).
346 Dr Mikoff, à Genouilly (Saône-et-Loire).
350 Dr Abeilhou, à Elne (Pyrénées Orientales).

351 Dr Colineau, à Mauron (Morbihan).
352 Dr Bravy, à Rosny sur-Seine (Seine-et-Oise).
354 Dr Lecoq, à Cany-Barville (Seine-Inférieure).
360 Dr Laqueur, à Castillon (Dordogne).
363 Dr Albournac, à Samatan (Gers).
365 Dr Clamouse, à Saint-Epain (Indre-et-Loire).
366 Dr Hue, à Orbec (Calvados).
368 Ds Bréhier, à Orbec (Calvados).
376 Dr Cellier, à Laval (Mayenne).
380 Dr de Faucher de la Ligerie, à Saucats (Gironde).
385 Dr Gaucher, aux Sables-d'Olonne (Vendée,
386 Dr Guériteau, à la Roche sur-Yon (Vendée).
394 Dr de Lacroix de Lavallette, à Chantilly (Oise).
395 Dr Jardin, à Bouère (Mayenne).
396 Dr Roques, à Barjac (Gard).
399 Dr Despeignes, aux Echelles (Savoie).
406 Dr Cailleux, à Cormeilles-en-Parisis (Seine-et Oise).
407 Dr Pinçonnat, à Cormeilles-en-Parisis (Seine-et-Oise).
410 Dr Cointepas, à Péronne (Somme).
416 Dr Faurie, à Marseille (Bouches-du-Rhône),
418 Dr Gorecki, à Noyon (Oise).
427 Dr Gayrard, à Congy (Marne).
428 Dr Rouche, à Aïn-Beïda (Alger).
430 Dr Verhaeghe, à Lille (Nord).
436 Dr Allemand, à Saint-Vallier (Drôme).

Le secrétaire général et Me Gatineau passent ensuite en revue les diverses affaires en cours.

Celle des Drs B. et R. de Paris soulève une double question de principe, intéressant tous les médecins. Il s'agit de l'obligation rendant les enfants responsables des honoraires dus pour soins donnés à leurs parents dans le besoin et celle de l'engagement de la personne qui fait appeler un médecin près d'un malade à la guérison duquel elle a intérêt.

Le concours pécuniaire est accordé, les avances ont été faites par un des confrères en cause.

Dans une autre affaire du Dr B., un juge de paix a débouté notre confrère de sa demande d'honoraires pour soins à un ouvrier opéré par lui dans un hôpital privé.

L'opération, ligature de la rotule, a pleinement réussi. La compagnie d'assurances refusait de payer, prétendant que les honoraires du chirurgien devaient être compris dans la somme de 100 francs représentant le prix de journée, soit 10 fr. par jour.

Le « Sou Médical », eu égard à l'état de sa caisse, accorde son concours pécuniaire pour faire appel de ce jugement jusqu'à concurrence de cent francs seulement, soit environ la moitié des frais.

Affaire du Dr H., de P.

Là encore se rencontrait une question de principe. Gain de cause a été donné à notre confrère, grâce à la plaidoirie de notre avocat-conseil, Me Gatineau. Le « Sou Médical », a décidé dans cette affaire, de payer les principaux frais.

Il s'agissait des honoraires pour soins donnés à un ouvrier victime d'accident dont le patron était tombé en faillite. La compagnie qui avait assuré le patron refusait de payer le confrère, elle a été condamnée à le faire par suite d'un jugement fortement motivé qui sera publié au journal.

Dans l'affaire du Dr B., d'O., qui a échoué en appel, le « Sou médical » conformément à sa décision d'octobre dernier payera les frais, soit 285 fr. 55.

Le Dr D., de Lille, soutenu par le « Sou médical » a gagné un procès dans lequel on lui opposait la prescription pour ses honoraires. Le «Sou» paiera les honoraires de l'avocat, et attendra le résultat de la liquidation annoncée, pour prendre une décision au sujet du surplus des frais.

Pour l'affaire L., dont il a été question dans plusieurs précédents procès-verbaux, le « Sou médical » payera les frais d'appel soit.. 668 fr. 90.

L'affaire du Dr C. ne présentant pas de question de principe intéressant le Corps médical, la Société n'a pas à intervenir pécuniairement, l'appui moral et les conseils autorisés lui restant assurés.

Parmi les affaires nouvelles celles du Dr B., de D., et de J., de l'O.. seront étudiées par Me Gatineau; celle du Dr L. où un arbitrage est nécessaire, est confiée au Dr de Grissac.

Le Dr C., de St-A., sur réquisition du maire, a fait des injections préventives de sérum de Roux dans une famille pauvre mais non inscrite sur la liste des indigents.

Cette dépense n'a pas été considérée par le préfet comme une dépense obligatoire mise à la charge du département en vertu de la loi sanitaire.

Sur avis du Conseil, le différend sera soumis au Ministre par voie de requête, afin que la responsabilité de cette dépense soit recherchée. Suivant la décision qui sera prise, il y aura lieu surtout de poursuivre la commune en justice de paix.

Le Dr G., de L., soumet une contestation d'honoraires entre lui et la Cie La Zurich. Le litige ayant pour objet une contestation à l'occasion de l'exécution d'un contrat entre un médecin et une Cie d'assurances avec laquelle le médecin a traité, ne peut être soutenu pécuniairement par le «Sou médical» qui soutient depuis longtemps une campagne en faveur de l'indépendance des médecins vis-à-vis des Cies d'assurances. Néanmoins, par son avocat conseil, le «Sou» donnera tout son concours moral à notre confrère dans l'embarras.

Il est nécessaire que, de plus en plus, les médecins recouvrent leur indépendance vis-à-vis des Cies d'assurances, tout au moins pour donner des soins par monopole aux blessés du travail.

Le Dr V., de S.-C. (Lozère), s'est vu retirer pendant un an le service de l'A. M. G. par arrêté du préfet, sous prétexte que la note d'honoraires pour soins aux indigents fournie par lui au service départemental d'assistance n'était pas exacte et que le nombre des visites faites à un blessé, était majoré. Cet arrêté a été pris à la suite d'une enquête faite par un inspecteur fantaisiste. Me Gatineau est chargé de guider l'intéressé.

Le Dr C., de L..., consulte le «Sou médical» au sujet d'une affaire antérieure à son adhésion. Le « Sou médical » n'a donc pas à intervenir financièrement dans cette affaire, mais a promis aussi à ce confrère son concours moral par l'intermédiaire de notre avocat conseil.

Le Dr M. de T. (E. et L.), nous fait connaître une affaire de recouvrement d'honoraires mal engagée devant la justice de paix. Me Gatineau

a étudié l'affaire et envoyé des conseils pour remettre son action dans des conditions plus favorables.

M. le Dr C., membre de notre Société, a fait don à la caisse d'une somme de 30 fr. et amené l'adhésion d'un confrère. Nous le remercions de sa générosité et de sa propagande.

Après l'exposé et la discussion de ces différents litiges, le Dr Jeanne entretient le Conseil de questions de défense professionnelle et lit sur ce sujet un long mémoire qui a été publié au *Concours médical* sous le titre : *Le but des Syndicats*.

Ce rapport du docteur Jeanne ayant signalé la création, dans le département du Nord, d'un nouveau syndicat médical établi sur des bases spéciales et toutes différentes des syndicats médicaux déjà créés, le Conseil décide que les colonnes du journal seront ouvertes au Dr Verhaege pour y exposer ses théories.

Le Dr Divernneresse, remplaçant le Dr Dally, syndic, communique les statuts du nouveau groupement dit : *Syndicat des médecins libres* et dont le but est de tendre à l'abolition des monopoles médicaux entravant le libre choix du médecin. Les statuts de ce groupe reçoivent la complète approbation du conseil, ce syndicat devant être une arme nouvelle pour la défense des intérêts professionnels et de l'indépendance du corps médical.

Le Dr de Grissac aborde la question de la subvention que devra faire le «Sou médical» au congrès pour la répression de la médecine illégale. Le Conseil décide que, vu l'état de la caisse, cette demande sera portée devant les prochaines assemblées générales.

Beaucoup de confrères ont demandé aux Bureaux du *Concours* et du *Sou* des renseignements sur la proposition d'assurances de l'*Abeille* dont nous avons tous reçu la circulaire au sujet d'un projet de contrat contre la responsabilité médicale.

Le Conseil prie nos confrères d'attendre avant de s'engager d'une manière quelconque et ainsi reconnue.

La responsabilité médicale ne doit pas être mise en cause. Ce principe serait contraire au libre exercice de l'art médical.

La séance est levée à 7 h 1/2 ; elle a duré 4 heures.

Les affaires dont s'occupe le « Sou médical » devenant de plus en plus nombreuses, bien qu'il élimine le plus possible celles qui n'ont pas trait à une question d'intérêt général, et par suite, les charges de la caisse devenant de plus en plus lourdes, nous demandons à tous nos adhérents de faire autour d'eux la plus active propagande, pour augmenter le nombre des adhésions, et par suite celui des cotisations qui représente les seules ressources de la caisse.

Le Secrétaire des séances,

Dr Le Menant des Chesnais.

Syndicat des Médecins de la Creuse

Séance du 15 *mars* 1904.

La séance est ouverte à 2 h. 1/2, sous la présidence du Dr Treille, président. Sont présents : MM. les Drs Treille, Goigoux, Leclerc, Descottes, Gomat, Parrain, Roustain, Caillaud, Lepage, Conçaix, Andret, Dutal, Bordier, Bona et Dumont.

Excusés : MM. les Drs Butaud, Couturier, Cazy, Bussière, Beynot, Houselat, Parcaud, Peyrol, Desfosses, Dugat, Mazeron, Narrard et Lessac.

Le secrétaire des séances donne lecture du procès-verbal de la dernière assemblée, et des lettres d'excuses des treize confrères ci-dessus désignés, et en même temps de la lettre de démission de M. le Dr Bayard (de Chambon). MM. Parrain, Lepage, sont admis à l'unanimité dans le syndicat.

Il est ensuite procédé à l'élection d'un vice-président. M. le Dr Descottes (de Beiscient) est nommé à l'unanimité des membres présents ; deux autres confrères ont obtenu chacun une voix (vote par correspondance).

Le Président rappelle que la discussion des nouveaux statuts était restée à l'article 12, paragraphe 3, amendes de 20 à 1000 francs. Après une courte discussion, l'assemblée adopte le chiffre de 5 à 100 francs.

Elle rejette sur la proposition du Dr Bona, l'alinéa : « Celle-ci pourra même décider s'il y a lieu d'exercer, etc. » M. le Président fait d'ailleurs observer que cette faculté pour le Syndicat existe de par la loi sur les syndicats, sans qu'il soit nécessaire de la préciser dans un article.

L'article 13 est adopté sans discussion.

Le reste des articles est adopté sans modification, sauf l'article concernant la cotisation annuelle, qui sera fixée à 10 francs au lieu de 12 et comprendra néanmoins les frais du repas confraternel.

L'article 16 est modifié en ce sens que l'assemblée du 15 septembre est reportée au 15 octobre.

L'ensemble des articles des nouveaux statuts est adopté par l'assemblée.

Le Dr Bordier propose d'admettre un vœu en faveur des modifications apportées au projet de loi sur l'exercice de la Pharmacie (texte proposé par l'Union des Syndicats). Ce vœu est adopté à l'unanimité, et l'assemblée décide qu'au moment de la mise en discussion de ce projet, il sera fait une démarche auprès des Sénateurs et des Députés du département pour les tenir au courant de nos revendications.

Le Dr Andret demande où en est la question de la rétribution des aides en cas d'opérations faites au titre de l'assistance médicale gratuite. Le Dr Badier répond que la question a été soumise au Conseil Général et qu'il a été décidé que l'assistance à une opération de grande chirurgie serait fixée à vingt francs, plus les frais de déplacement.

M. le Dr Leclerc-Monmoyen demande de quelle manière sont tarifées les visites de nuit.

Le Dr Bordier.—Lorsqu'elles sont faites dans la localité, le prix est porté d'un franc à deux. En dehors de la résidence, le déplacement seul sera payé double.

Le Dr Gomal raconte un fait de pression exercé par un secrétaire de mairie, sur un indigent, à qui il a refusé une feuille de maladie, sous le prétexte que cet indigent avait choisi tel médecin plutôt que tel autre.

L'assemblée invite le confrère auquel cette mésaventure est arrivée à en saisir le « Sou Médical ».

Le Dr Roustain se plaint des rebouteurs et voudrait bien qu'on tentât quelque chose contre

eux. La réunion déclare qu'il n'a qu'à présenter des faits précis et bien prouvés et que le Syndicat poursuivra.

La séance est levée à 3 heures 1/4.

L'assemblée générale avait été précédée d'un repas confraternel auquel avait pris part une quinzaine de confrères. Ce début est d'un heureux augure pour nos prochaines agapes.

Le secrétaire,
Dr DUMONT.

Syndicat des médecins de la région de Bourg

Compte rendu de la séance du 11 *février* 1904

Le jeudi 11 février 1904, le Syndicat des médecins de la région de Bourg tenait sa réunion semestrielle dans la salle du Bastion.

Etaient présents : MM. les Docteurs Passerat, Agniel, Bouilloud, Colin, Démias, Dupré, Grosfilley, Meneault, Micaud, Nodet Amédée, Nodet Victor, Pelletier, Pillard, Servas, Thouillon, Vanhagenborgh.

M. le Docteur Canard s'était excusé.

A l'ouverture de la séance, aucune observation n'étant faite à l'occasion du procès-verbal de la dernière réunion syndicale, ce dernier est adopté.

M. le Président prend alors la parole pour faire connaître l'état moral du Syndicat et les principaux faits survenus pendant l'année.

Le premier souci du Syndicat a été d'établir un tarif ouvrier minimum et de régler les rapports du corps médical avec les diverses collectivités.

Malgré les difficultés rencontrées pendant et après sa formation, le Syndicat conserve sa vitalité. A signaler cependant la démission d'un confrère qui s'est retiré à la suite du vote de l'assemblée générale contre la pratique des cabinets multiples.

Le Syndicat a eu l'occasion de porter devant les pouvoirs publics et certaines commissions hospitalières les revendications du corps médical.

Avec les Syndicats voisins, il a entretenu les relations les plus cordiales et, grâce à l'entente commune, il y a lieu d'espérer que les liens se resserreront encore.

Vis-à-vis des sociétés d'assurances, le Syndicat a notifié le tarif du vote ; le Bureau n'a reçu aucune réclamation touchant son application. Mais il croit devoir appeler l'attention sur certains procédés qui, tout en lésant nos intérêts, pourraient amener les froissements entre collègues.

Les rapports avec les sociétés de secours mutuels constituent la partie la plus importante. Conformément à la décision de l'assemblée générale, notification du tarif minimum a été faite à toutes les sociétés de la région, et avertissement donné qu'il serait appliqué à partir du 1er juillet.

Dans la campagne, l'application s'est faite sans récrimination, même dans les environs de Bourg, où 12 sociétés ont adhéré ; mais à Bourg, il n'en a pas été de même.

Ici, le Syndicat s'est heurté à un refus formel, et en conséquence, depuis le 1er juillet, les syndiqués ont rompu avec les sociétés et traitent leurs membres comme des clients ordinaires.

Il en est résulté une lutte ouverte, dans laquelle le Syndicat a reçu les témoignages de sympathie et l'appui des Syndicats voisins et des organes professionnels, auxquels je vous demande d'adresser nos remerciements.

Le groupe de Bourg a dû prendre des mesures spéciales de défense, en particulier pour le recouvrement des honoraires, mesures qui gagneraient à devenir générales.

En terminant, le président dit : « Depuis une dizaine d'années, de nombreuses transformations dans les conditions de la vie professionnelles se sont opérées. Les progrès de l'hygiène publique, le vote de la loi sanitaire, ont créé au médecin des obligations nouvelles qui tendent, par leur caractère administratif, à nous asservir et à nous donner un rôle de fonctionnaire.

« D'autre part, l'organisation toujours croissante de la mutualité sous toutes ses formes, l'élaboration de nouvelles lois sur l'assistance et les accidents du travail, la conception en vertu de laquelle le public s'accoutume à ne plus considérer les œuvres hospitalières comme des institutions réservées aux déshérités du sort, le développement de la spécialité, menacent notre profession jusque dans ses intérêts matériels.

« Le mal a pris naissance le jour où le médecin a cessé d'avoir affaire à des individualités pour se trouver en face de collectivités ; il s'est développé au fur et à mesure que les principes de l'assistance, de la mutualité, des assurances, se sont implantées en France, parce que devant ce mouvement, nous avons permis à la règle déontologique de céder le pas à l'esprit de concurrence et d'arrivisme.

« Réagissons par l'établissement de règles de déontologie, nettes, précises, fixant d'une manière uniforme et acceptée par tous, nos rapports avec les individus, avec les collectivités, avec nos confrères. Là est le salut, et c'est aux sociétés comme la nôtre qu'incombe le soin de les provoquer et de les faire exécuter. »

L'assemblée consultée vote des remerciements pour l'appui fourni au Syndicat dans la lutte contre les sociétés de secours mutuels, au *Syndicat médical de Lyon*, à *l'Union des syndicats*, au *Concours médical*, au *Journal des praticiens*, à la *Gazette des Hôpitaux*, au *Lyon médical*, au *Progrès médical*, au « Sou médical ».

Le trésorier fait connaître ensuite les comptes de l'année 1903, et montre que les impressions des statuts et du tarif ouvrier regional, ainsi que les nombreuses correspondances échangées avec les mutualités, ont nécessité des frais considérables. Les comptes sont acceptés sans observations.

Puis différentes questions sont étudiées :

1° Le Syndic de la région de Bourg montre comment les médecins de cette ville se sont élevés contre certaines sages-femmes qui avaient des tendances à sortir de leur rôle. Une circulaire adressée à toutes celles de la région leur recommandait de borner leurs soins à la pratique des accouchements et des vaccinations, et leur rappelait qu'en se servant d'instruments ou en visitant les malades, elles tombaient sous le coup de la loi et étaient passibles d'amendes.

Tous les membres du Syndicat approuvent cette mesure, et même ils sont d'avis de faire

imprimer cette circulaire et de l'adresser à toutes les sages-femmes de l'arrondissement.

2° A propos des carnets de maladie donnés par une société de secours mutuels à ses membres, le Syndic montre que cette méthode est préjudiciable à la fois au malade, à la société et au médecin : au malade, car, avec ce carnet, le malade peut, à son grand détriment, se faire soigner par le premier venu : sage-femme, herboriste, pharmacien, rebouteur, etc. ; à la Société, car il peut abuser de son carnet en faisant marquer des médicaments qui serviront à tous les autres membres de la famille ; au médecin lui-même enfin, car il y a une sorte d'indélicatesse de la part du sociétaire à montrer par une série de signatures qu'il n'a plus confiance dans le ou les médecins qui l'ont soigné auparavant.

Le Syndic propose donc que ces carnets soient supprimés ; dans le cas où la société ne voudrait pas s'y résoudre, l'assemblée décide que ces carnets ne porteront aucune autre signature que celle des médecins et que le carnet sera réservé au seul qui aura fait la première visite ou la première consultation. Quand un sociétaire voudra changer de médecin, il devra demander un autre carnet à la société. Il est décidé qu'une démarche sera faite auprès des sociétés intéressées.

3° On procède à l'élection du docteur Barbet, de Saint-Amour, présenté par ses parrains, MM. les docteurs Passerat et Grosfilley.

Le Syndicat l'accepte à l'unanimité et exprime sa satisfaction de compter un adhérent de plus.

4° Le Président demande alors à l'assemblée si le Syndicat devra s'affilier à l'*Union des Syndicats du Sud-Est*, montrant les avantages d'une telle union. Le Syndicat accepte en principe et charge son secrétaire d'annoncer sa décision à l'*Union*.

5° Le Président fait part ensuite d'une lettre du docteur Boudin, proposant l'Union des trois Syndicats de l'Ain ; mais la question semble prématurée à la plupart des membres, et sa réalisation trouverait des difficultés vraiment extraordinaires. Aussi, le Syndicat décide seulement qu'à chaque réunion des Syndicats de Trévoux et de Belley-Gex-Nantua, il enverra un délégué pour le représenter.

6° Un syndic demande comment doit s'opérer le recrutement des médecins chargés des services hospitaliers. La question n'ayant pas été étudiée, le Syndicat charge M. le docteur Menehault de faire un rapport à ce sujet et de le présenter à la prochaine réunion.

7° Le Président indique alors quels sont les principes généraux qui doivent guider les médecins dans leurs rapports au point de vue déontologique ; ils se résument dans ce vieux proverbe : « Ne faites pas aux autres ce que vous ne voudriez pas qu'on vous fît. »

Et il donne lecture de ces règles très sages que le Syndicat propose de joindre au compte-rendu en les admettant en principe :

1) Les visites et consultations à jour fixe, aussi bien dans une commune où est installé un confrère que dans une localité dépourvue de médecin, sont interdites, comme portant atteinte à la dignité professionnelle et pouvant constituer une concurrence peu loyale. (Réunion générale du 4 juin 1903. — Rapport du docteur Canard, de Pont-de-Veyle).

2) La qualité de client ne dure que pendant la maladie actuelle.

3) Le cabinet est un terrain neutre où le médecin peut donner ses conseils à tous ceux qui les lui réclament.

4) Le médecin qui remplace un confrère sur sa demande ou avec son assentiment s'interdit par-là même d'accepter sa succession auprès du malade en traitement ou auprès d'un membre de l'entourage immédiat de ce malade, pendant la maladie actuelle.

5) Tout médecin appelé auprès d'un malade, s'il est prévenu ou s'il apprend que c'est en l'absence du médecin ordinaire, peut se rendre à cet appel, en cas d'urgence. Mais dès le retour du médecin traitant, il ne devra revoir le malade qu'avec l'assentiment de son confrère.

6) Tout médecin appelé auprès d'un malade dans le cours d'une affection aiguë ou chronique, s'il est prévenu ou s'il s'aperçoit que le malade est déjà en traitement, doit faire tous ses efforts pour faire rappeler le médecin traitant.

Ce n'est que dans le cas où le malade et sa famille manifestent *formellement* l'intention de changer de médecin, que le nouvel appelé pourra continuer à voir le malade ; *mais il devra avertir sans délai le confrère auquel il succède.*

7) Le médecin traitant ne doit jamais refuser une consultation. Il peut proposer un consultant, mais il acceptera toujours celui qui sera proposé par la famille, pourvu que son honorabilité personnelle et professionnelle soit indiscutable.

8) Le médecin appelé en consultation par le médecin traitant ou par la famille, ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé à nouveau ou autorisé par le médecin traitant.

9) Au cas où le malade et sa famille déclareraient *formellement* changer de médecin traitant, le consultant pourra se charger du traitement seul ou avec un nouveau confrère, *mais à la condition d'avertir sans délai le médecin évincé.*

8° Le docteur Menehault demande alors si les médecins doivent accorder gratuitement leurs soins aux gendarmes, ajoutant qu'on réserve au ministère de la guerre des mentions honorables, des médailles, les Palmes académiques ou le mérite agricole, voire même dans certains cas la légion d'honneur, aux praticiens qui soignent gratuitement le gendarme et sa famille. « Mais alors, dit-il, pourquoi ne pas soigner au même titre les gardes-champêtres, les cantonniers, les facteurs, qui sont la plupart du temps dans une situation plus intéressante que celle des gendarmes. Je propose donc que les gendarmes soient considérés comme des clients ordinaires. » Cette motion est adoptée.

9° Le même confrère fait alors une remarque, toute platonique il est vrai, sur l'inutilité de l'inspection des pharmacies, épiceries, drogueries et herboristeries. Si les médecins inspecteurs voulaient remplir leur rôle jusqu'au bout, c'est-à-dire faire exactement ce que demande la loi du 21 germinal an XI, ce serait pour eux un labeur considérable, délicat, exigeant une compétence technique très nette.

« Mais, en réalité, c'est une promenade stérile de 8 jours, tantôt dans un arrondissement, tantôt dans un autre, une course qui frise le comique, à en juger par les réflexions qu'elle provoque chez les assujettis, une inspection désor-

donnée et vexatoire. » Aussi ce confrère espère-t-il que, dans la promulgation de la nouvelle loi sur la pharmacie, il y aura un remaniement complet de ce service.

10° A propos des conseils de revision, M. Menehault fait remarquer que la Commission de l'armée a enfin décidé l'institution d'une commission d'examen chargée de préparer les opérations du conseil et de fournir à ce dernier toutes les notes et tous les renseignements nécessaires sur l'aptitude physique des conscrits.

11° On procède à l'élection de nouveaux syndics. MM. les docteurs Bouilloud, Servas et Pillard sont élus.

12° Enfin, le Président donne lecture d'une lettre du docteur Servas. Ce confrère constate que plus que jamais les patrons, sur l'instigation des assureurs, influent sur les ouvriers victimes d'accidents du travail pour les adresser aux médecins des compagnies d'assurances en violation de la loi du 9 avril 1898. Tous les procédés sont employés, persuasion et intimidation. Bienplus, certains blessés sont envoyés d'office, en cours de traitement, à un hôpital de Lyon, subventionné par les compagnies d'assurances. Le docteur Servas propose d'adresser aux syndicats ouvriers et aux principaux ouvriers une circulaire leur rappelant leurs droits en cas d'accidents. Cette proposition est adoptée.

Projet de circulaire a adresser aux ouvriers directement ou par l'intermédiaire des Syndicats.

En présence des fréquents abus dont sont trop souvent victimes les blessés du travail, le *Syndicat médical de la région de Bourg* croit de son devoir de rappeler aux travailleurs les droits qui leur sont conférés par la loi du 9 avril 1898 :

1° L'ouvrier blessé s'adresse au *médecin de son choix*. L'ouvrier a *le droit* de se faire soigner *par son médecin*, même lorsque ce n'est pas ce médecin qui aurait fait les premières constatations ou donné les premiers soins.

Ni le patron, ni l'assureur, ne peuvent imposer un médecin plutôt qu'un autre. Le bulletin remis à l'ouvrier par le patron au moment de l'accident et l'adressant au médecin de la Compagnie d'assurance, est une pièce sans aucune valeur. Il peut être détruit ou perdu sans inconvénient.

2° Les certificats peuvent être fournis *par tous les médecins*, et ils ont tous la même valeur.

3° Les frais de médecin et de pharmacien sont toujours à la charge du patron, quels que soient le médecin ou le pharmacien.

4° L'ouvrier blessé ne doit avoir aucun démêlé avec les agents d'assurances. La loi ne connaît que le patron qui est seul responsable.

5° En cas de désaccord entre le patron et l'ouvrier pour le règlement des indemnités, l'ouvrier a tout intérêt à faire trancher le différend par le juge de paix ou le Tribunal. L'ouvrier a de droit l'assistance judiciaire ; il n'a donc pas de *frais de justice* à payer.

6° L'ouvrier blessé a le droit de se refuser à tout examen d'un médecin étranger, sauf si ce médecin est accompagné du médecin traitant ou autorisé par lui, ou régulièrement commis comme expert par le juge de Paix ou le Tribunal.

7° Le blessé fera bien d'attendre l'avis de son médecin pour se rendre à un hôpital ou dispensaire, établissements où les assureurs sont toujours portés à les adresser par mesure d'économie.

REPORTAGE MÉDICAL

Conservatoire national des arts et métiers. — Depuis le commencement de l'année 1903, le Laboratoire d'essais du Conservatoire national des arts et métiers contrôle les thermomètres médicaux qui lui sont présentés, soit par les constructeurs, soit par les particuliers.

Actuellement, le service est complètement organisé et fonctionne normalement ; l'objet du contrôle est double :

1° S'assurer que le thermomètre est exact ; la tolérance admise sur ses indications est de 0,1 degré ;

2° S'assurer que l'appareil tient le maximum, c'est à-dire qu'il enregistre fidèlement la température maximum à laquelle il a été soumis, sans que la colonne mercurielle se déplace lorsque l'instrument se refroidit ; la tolérance admise sur cette épreuve est également 0,1.

Les résultats obtenus sur les premiers thermomètres envoyés au Laboratoire par les Commissionnaires qui s'occupent de la vente de ces instruments donnent une indication sur la valeur des instruments mis couramment à la disposition du public ; à la date du 12 mai 1903, sur 440 instruments présentés, 139, soit 31 p. 100 seulement, ont été reconnus exacts ; 301, soit 69 p. 100, étaient inexacts et pouvaient, dans certains cas, amener les médecins à un diagnostic erroné.

Le Ministère du commerce et le Conservatoire national des arts et métiers, en instituant le bureau de vérification des thermomètres médicaux, ont voulu, à l'exemple de l'Allemagne, mettre entre les mains des docteurs des instruments sur la fidélité desquels ils puissent compter.

Je me permets de vous signaler l'intérêt qui s'attache pour MM. les Docteurs à conseiller à leur clientèle de n'employer, et à n'employer eux-mêmes, que des instruments poinçonnés, revêtus de la marque de vérification reproduite ci-dessous :

R.F. CAMO 4M-OO7O71

Ils auront ainsi des instruments comparables entre eux, condition des plus importantes.

Chaque instrument est accompagné d'un bulletin de contrôle qui doit porter le timbre du Laboratoire et sur lequel sont reproduites les marques inscrites sur l'instrument correspondant. Le prix de la vérification des instruments est des plus modiques. Je reste d'ailleurs à votre disposition pour vous fournir de vive voix tous renseignements complémentaires utiles, et serais heureux de votre visite au Laboratoire, visite qui vous permettrait de voir la série des opérations qu'entraîne la vérification des thermomètres médicaux (mardi et mercredi, de 2 heures à 4 heures).

Le Directeur du Laboratoire d'essais,
A. Perot.

Association de la presse médicale française. Réunion du Vendredi 3 juin 1904. — La troisième réunion de 1904 de l'Association de la Presse médicale française a eu lieu le vendredi 3 juin, au restaurant Marguery. — Une trentaine de membres y assistaient, sous la présidence de M. Delefosse, syndic, et M. Cornil, syndic honoraire.

Correspondance. — Lettres de remerciements de MM. les Drs Jocqs et Leredde, nommés membres titulaires à la dernière réunion. — Lettre de M. le Pr Pozzi, acceptant la mission qui lui a été confiée de représenter l'Association au cours de son voyage aux Etats-Unis.

Questions diverses. — M. le Secrétaire général a donné quelques indications relativement à l'état ac-

tuel des rapports de l'Association avec les Compagnies de Chemins de fer.

M. LEREDDE a posé à nouveau la question de l'installation défectueuse de la tribune des journalistes à l'Académie de Médecine. — On ne peut qu'attirer encore l'attention du Secrétaire perpétuel sur cet état de choses déplorable.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE 1903. — M. le Secrétaire général a mis l'Association au courant des travaux faits pour l'organisation des Comités nationaux de propagande. Celui de France n'est pas encore constitué.

CONFÉRENCE DE M. LE Dr G. BALLET SUR LES RAYONS N. — Après le dîner, M. le Dr Gilbert BALLET, spécialement invité par le Bureau, a fait une fort intéressante Conférence sur les Rayons N. Il a résumé d'abord l'histoire de leur découverte et de leur étude au point de vue physique, c'est-à-dire les travaux de M. le Pr Blondot, puis ceux de M. le Pr Charpentier, au point de vue physiologique. M. le Dr Ballet a terminé par l'exposé de ses propres recherches cliniques, qui sont fort curieuses, mais pas assez avancées pour être publiées.

CAUSERIE DE M. LE Dr MARCEL BAUDOUIN SUR LES PUITS FUNÉRAIRES. — M. le Dr Marcel BAUDOUIN a clos cette réunion par la projection d'une cinquantaine de photographies relatives aux Puits funéraires, question archéologique toute d'actualité, par suite des découvertes récentes faites au Forum romain. — Ces photographies ont trait pour la plus part à la Mission dont il fut chargé l'an dernier par le Ministère de l'Instruction publique, et aux fouilles qu'il exécuta à cette époque en Vendée.

Le Secrétaire général,
Marcel BAUDOUIN.

Un Code de déontologie médicale vient de paraître destiné, dans l'esprit des auteurs, à servir de guide aux jeunes médecins.

La tentative est louable et nous y applaudissons volontiers; puisse le but poursuivi être atteint !

La venue d'un tel ouvrage marque une évolution dans les mœurs médicales.

A une époque de *struggle for life* et d'arrivisme à outrance, où le « ôte-toi de là que je m'y mette » paraît être la devise directrice, où le bluff sévit à l'état aigu, où la réclame, sous un masque scientifique, se glisse jusque dans les moindres publications, venir parler de droits et surtout de devoirs, cela paraît quelque peu héroïque.

Je crains fort que les auteurs n'en soient pour leur généreuse mais inutile initiative : il est des choses qui ne s'apprennent pas, dans les livres tout au moins : le savoir-vivre confraternel, comme l'autre, est du nombre.

(*L'Année médicale de Caen*)

Mesures à prendre contre l'alcoolisme. — M. P. Reille résume, dans les *Annales d'Hygiène*, les principales discussions qui ont eu lieu au Congrès national de 1903 contre l'alcoolisme.

A l'une des séances, M. le sénateur Bérenger a donné au Congrès quelques indications sur ce qu'il espérait de la proposition de règlementation des cabarets qu'il a faite avec M. Siegfried et qui est actuellement à l'étude. D'après cette proposition, toute ouverture de cabaret ne pourrait être effectuée sans l'autorisation préalable, non seulement du préfet, mais aussi du conseil général et du conseil municipal. De plus, il ne serait plus autorisé que deux cabaretiers dans les villages au-dessous de 600 habitants avec une augmentation d'un cabaretier par 300 habitants. De ce fait, la Commission sénatoriale pense qu'un quart ou même un tiers des cabarets seraient supprimés.

On ne saurait, du jour au lendemain, supprimer les cabarets existants en surnombre dans les communes, un cabaret représente une valeur pécuniaire dont il faudrait indemniser le tenancier, ce n'est donc que par extinction que pourra se faire la diminution tant désirée. Certaines dispositions permettront cependant de supprimer quelques débits. C'est ainsi que si, en cas de fermeture, il n'est pas disposé dans les six mois de la licence vacante, la fermeture demeurera définitive. D'autre part, les tribunaux pourront et devront requérir la fermeture des cabarets si nombreux où l'on se livre à la prostitution.

Enfin, et c'est là un point fort important, il serait interdit de créer un débit de boissons accessoirement à un autre commerce, tel que débit de tabac, épicerie, etc.

A la suite de cette discussion, les vœux suivants ont été votés à l'unanimité:

1° Que la loi limite le nombre des débits de boissons ; qu'elle interdise l'annexion d'un débit accessoire à un établissement commercial et aux débits de tabacs;

2° Qu'elle ne reconnaisse pas les dettes pour la vente au détail et la consommation des boissons distillées ;

3° Qu'elle rende les débitants, dans l'établissement desquels un buveur se serait enivré, civilement responsable, s'il y a lieu, des crimes et des délits commis par ce buveur ;

4° Que le privilège des bouilleurs de cru soit supprimé ;

5° Que l'Etat favorise l'emploi industriel de l'alcool, notamment par la diminution des droits sur l'alcool dénaturé.

6° Que la chancellerie recommande aux parquets de requérir la déchéance de la puissance paternelle dès que des cas d'ivrognerie habituelle auront été signalés par les agents de la Sûreté publique ou les représentants des sociétés antialcooliques ;

7° Qu'il soit créé, en vertu de la loi sur les aliénés soumise aux délibérations du Parlement, un certain nombre d'asiles spéciaux pour alcooliques ;

8° Que l'article 2 de la loi du 23 janvier 1873 sur l'ivresse publique soit modifié de manière à permettre aux tribunaux de prescrire l'isolement dans ces asiles, pour une durée à déterminer, des inculpés visés par le susdit article ;

9° Que des subventions soient accordées sur un crédit spécial aux sociétés antiacooliques. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Faculté et hôpitaux.

Le concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) s'est terminé par les nominations suivantes :

Faculté de Paris. — Chirurgie. — MM. Morestin, Duval, Proust. Accouchements : M. Brindeau.

Faculté de Nancy. — Chirurgie : M. Gross. Accouchements : M. Fruhinsholz.

Faculté de Lille. — Chirurgie : MM. Gayet et Potel. Accouchements : M. Connardeau.

Faculté de Bordeaux. — Chirurgie : M. Vénot.

Faculté de Toulouse. — Chirurgie : M. Desforges-Mériel. Accouchements : M. Thoyer-Rozat.

Le concours d'adjuvat vient de se terminer par la nomination de MM. Capette, Martin, Desmarets, Okinczy, Cauchois.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur CATHALA, d'Olonzec (Hérault), membre du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année — N° 27 — 2 JUILLET 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

UNE QUESTION CAPITALE

La tarification « officielle » des soins médicaux aux victimes du travail.

Oui, *officielle*, vous avez bien lu, chers confrères. Et ceci demande explication, car vous dressez l'oreille avec une inquiétude, peut être légitime, *a priori* au moins.

Notre président, le Dr Gassot, enregistrant l'autre jour le vote obtenu au Sénat : *substitution du tarif ouvrier au tarif d'assistance*, tenait à vous donner, de suite, une bonne nouvelle et à remercier, sans perdre une minute, nos défenseurs devant la Haute-Assemblée. parce que. bravant les soufflets, que leur valent les pratiques des brebis galeuses du corps médical, ils avaient été de courageux champions.

Mais, il nous mettait en garde contre la 2e délibération, qui pouvait être une revanche de nos adversaires.

Ses réserves avaient leur raison d'être et vous allez en juger.

Dès la fin de la première lecture, c'est-à-dire au moment même où M. Gassot écrivait, la question changeait brusquement de forme et apparaissait sous un aspect assez imprévu, pour beaucoup d'entre vous, par le dépôt d'un article additionnel au texte qui venait d'être voté.

C'est une page de l' « *Officiel* » à vous faire lire pour votre édification complète.

M. le Président. « Le projet de la commission finit là ; mais M. Gourju a déposé l'amendement suivant :

« Ajouter au projet de la commission un texte ansi conçu :

« Art. 3. — **Avant l'expiration de la deuxième année, qui suivra la promulgation de la présente loi, un règlement d'administration publique rendu sur la proposition du ministre du commerce, après avis du comité consultatif des assurances contre les accidents du travail et du conseil supérieur de l'assistance publique, déterminera le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques à la charge des chefs d'entreprise.**

« **Ce tarif, dès qu'il aura été publié régulièrement, sera substitué aux tarifs ouvriers ou usages locaux prévus à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, tel qu'il est modifié par la présente loi.** »

M. le rapporteur. Le Gouvernement et la commission acceptent l'amendement de M. Gourju.

M. Gauthier (Haute-Saône). Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. Gauthier.

M. Gauthier (Haute-Saône). Messieurs, dans sa dernière séance, le Sénat a décidé que les honoraires des médecins, en ce qui concerne les accidents du travail, seraient déterminés par le tarif minimum de la localité. Il semblait qu'après cette décision toutes les difficultés se trouvaient résolues ; car, enfin, qu'est-ce que vous voulez demander au-dessous du minimum ? C'est assez difficile !

Il a semblé cependant qu'il n'y avait pas là une garantie suffisante pour les compagnies d'assurances, et M. Gourju a déposé un amendement tendant à faire régler ces honoraires des médecins d'une autre manière, par voie administrative, par un règlement d'administration publique ; en sorte que, ce que le Sénat n'a pas pu déterminer autrement que par le tarif des usages locaux, le tarif minimum, le Conseil d'Etat va être chargé de le régler.

Je ne m'y oppose pas, mais je voudrais que. pour le corps médical, il y eût une réserve formelle : à savoir que les associations et corporations qui représentent les intérêts du corps médical engagés dans la question fussent régulièrement consultées et entendues, afin qu'on ne leur appliquât pas un

règlement, auquel elles n'auront point donné leur assentiment.

M. Expert-Bezançon. Vous voulez dire leur avis.

M. Gauthier (Haute-Saône). En tout cas, c'est une garantie que je réclame. Lorsque les syndicats médicaux auront été consultés et lorsqu'ils auront fait valoir leurs raisons, si la détermination prise à l'égard des médecins ne les satisfait pas, ils auront quand même le droit de protester ; mais au moins, on leur aura demandé leur avis. C'est là un point que l'amendement de M. Gourju ne mentionne pas et sur lequel je fais les réserves les plus expresses. Tel est pour aujourd'hui le but des observations que je viens présenter au Sénat.

M. Gourju, *de sa place*. La réserve de notre honorable collègue me paraît être de droit. Je crois que la commission l'adopte, et, étant donné aussi qu'elle accepte le principe de mon amendement, il est absolument inutile que je monte à la tribune pour donner de nouveau et de plus haut à M le docteur Gauthier l'assurance que les médecins seront consultés avant l'établissement définitif du règlement d'administration publique que prévoit mon amendement.

M. le rapporteur. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur,

M. le rapporteur. Le Sénat, Messieurs, à l'une de ses dernières séances, a décidé que le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques serait établi selon l'usage local et l'usage ouvrier.

Voilà bien, si j'ai bonne mémoire, les termes mêmes de l'amendement proposé par M. Strauss et plusieurs de ses collègues. Or, l'adoption de cet amendement faisait disparaître le tarif de l'assistance médicale gratuite dont nous vous demandions l'adoption.

Nous trouvions un inconvénient à l'adoption pure et simple de l'amendement de notre collègue M. Strauss, par ce que le tarif proposé par les termes de l'amendement ne nous semblait pas suffisamment précis. Nous demandions des renseignements à tels ou tels médecins, et ils nous en donnaient bien souvent de différents et même de contradictoires.

Le tarif local, disait l'un, c'est le tarif que j'ai *l'habitude* d'imposer à ma clientèle ordinaire, à ma clientèle bourgeoise : le tarif ouvrier, c'est un tarif réduit que je demande seulement aux ouvriers. Mais ce n'est pas un tarif, c'est un usage.

C'est bien vague, bien imprécis. Et alors nous nous étions réservés d'essayer de faire compléter, lors de la 2e délibération, le texte trop vague de l'amendement, lorsque surgit tout à l'heure l'amendement de M. Gourju, qui nous donnait satisfaction sur ce point. M. Gourju demande en effet que, dans les deux ans de la promulgation de la loi, il soit établi par règlement d'administration publique un tarif précis. **Gouvernement et commission, nous approuverions un tarif quelqu'avantageux qu'il fût pour le médecin plutôt que ces tarifs vagues, tarif local, tarif ouvrier qui, en réalité, ne sont pas des tarifs.**

Voilà pourquoi la commission est d'avis d'accepter l'amendement de M. Gourju. Quant à dire que les médecins pourront être entendus par le conseil d'Etat...

M. Victor Leydet. Dans quelle forme ?

M. le rapporteur... Nous ne croyons pas que ce soit pratique. Nous n'acceptons donc pas la proposition de M. Ganthier. Nous demandons simplement au Sénat de vouloir bien adopter l'amendement de M. Gourju.

M. le président. Permettez, je ne suis pas saisi par M. Gauthier d'un amendement. J'ai entendu les observations qu'il a formulées, mais il ne leur a pas donné la forme d'un amendement et il m'est donc difficile de consulter le Sénat sur ce point.

M. Gauthier (Haute-Saône), *de sa place*. Monsieur le président, je vous ferai remarquer très humblement que l'amendement de M. Gourju a été distribué d'une façon tellement tardive que c'est à peine si l'on a pu en prendre connaissance. Du reste, en cours de séance, il a été fait une adjonction sur laquelle il ne m'est pas possible de discuter puisque je ne l'ai pas encore eue en communication.

Dans l'amendement primitif de M. Gourju, il était simplement question d'un règlement d'administration publique, sans réserve aucune pour la consultation médicale que je demandais, M. Gourju semblait d'accord pour admettre cette formalité préalable ; mais cela n'a pas été formulé dans son texte.

Puisqu'on rentre dans la discussion, je vais monter à la tribune pour m'expliquer sur certaines particularités...

M. le président. Vous avez la parole, mais ce que je vous demande surtout, monsieur Gauthier, c'est de me donner le texte de votre amendement.

M. Gauthier (Haute-Saône). Je vais essayer, monsieur le président, de le formuler. Mais je vous ferai observer que c'est un de ces textes qu'on ébauche au cours de la séance et qui ne peuvent être définitifs.

Je demanderai qu'il soit renvoyé à la commission qui en arrêtera la rédaction.

M. le rapporteur. Voulez-vous me permettre une observation ? Votre préoccupation, mon cher collègue, semble être celle-ci : c'est qu'il serait utile d'entendre préalablement MM. les médecins. Je vous ferai remarquer qu'il leur sera loisible d'adresser au Gouvernement ou à la commission tous les mémoires et autres documents que bon leur semblera : mais, en vérité, il serait impossible à la commission de les entendre dans la discussion.

Un sénateur à gauche. M. Gauthier revient sur un texte déjà voté par le Sénat.

M. le rapporteur. Voulez-vous ajourner vos observations jusqu'au moment où s'ouvrira la seconde délibération ?

M. Gauthier (Haute-Saône). Oh ! Très volontiers. Nul n'est plus conciliant que moi.

M. le président. Je consulte le Sénat sur l'article additionnel de M. Gourju qui est accepté par le Gouvernement et la Commission.

Il n'y a pas d'opposition...?

L'article additionnel est adopté.

M. Alcide Treille. Nous nous expliquerons lors de la 2e délibération.

M. le président. Je consulte le Sénat sur la question de savoir s'il entend passer à une 2e délibération.

(Le Sénat décide qu'il passera à une 2e délibération.)

Inutile de vous dire, chers confrères, que, le lendemain de ce vote, les membres de votre Conseil de direction se trouvaient réunis pour l'étude des conséquences de l'amendement Gourju.

Tout d'abord, et en vertu de la question de principe, c'est un accueil glacial que nous avons fait à cette tarification gouvernementale. Nouveau pas dans la fonctionnarisation, précédent qu'on utiliserait sur d'autres terrains, atteinte au caractère libéral de la profession, etc..., tout cela nous donnait un peu froid dans le dos, nous eûmes peine à rassembler nos esprits.

Mais l'un de nous eut l'idée de relire la page suivante empruntée aux considérations qui précèdent les chiffres du Tarif Jeanne :

Mais il y a plus à faire, maintenant, en publiant cette troisième édition du Tarif.

Il nous faut constater que, depuis 1897, se sont produits des faits sociaux qui menaçaient l'intérêt du médecin et contre lesquels nous avions prévu l'urgence de nous défendre par des chiffres consacrés en vertu de l'usage ou de la jurisprudence. Ces faits sont, entre

autres, l'application générale de la loi d'assistance médicale gratuite, la poussée donnée au mouvement mutualiste par la loi de 1898, la coalition d'intérêts décidée à faire supporter aux médecins la plus grosse part des charges imposées aux responsables désignés par la loi de 1898 sur les accidents du travail. Contre ce triple assaut, nos syndicats et sociétés se sont vigoureusement défendus déjà en s'armant des données que fournissait notre tarif. Mais les modifications et adaptations locales qu'elles faisaient subir à celui-ci, pour des motifs plus ou moins rationnels, laissaient prise aux discussions, aux chicanes, aux variations de la jurisprudence et à tous les aléas qui en résultent, surtout aux procédés de concurrence par voie de soumissions et de monopoles attentatoires à la *liberté des clients* et à la *dignité de notre profession*.

Il en est advenu que les meilleurs esprits des deux camps en présence réclament, de guerre lasse, l'entente sur un tarif *unifié*. C'est le désir des plus avisés parmi les patrons et assureurs, des mutualistes sages et clairvoyants, des philanthropes loyaux, qui veulent que les charges de l'Assistance soient loyalement supportées par l'Etat, les départements et les communes. C'est le vœu du Gouvernement (nous le savons) qui voit combien tous ces conflits nuisent au développement des organisations de justice et de protection sociale qu'il a mandat de réaliser. C'est le rêve des tribunaux, désorientés par les interprétations contraires et fantaisistes où ils trouvent, au lieu d'indications, d'inextricables difficultés.

Mais ce sera surtout le salut du corps médical : aveugle qui ne le voit pas, coupable qui ne veut pas le voir.

Resterait-il place à la maudite concurrence, aux cruelles rivalités que fait naître le souci du gagne-pain, si chacun de nous pouvait se dire : « Le « prix des soins aux assistés, aux assurés, aux mu« tualistes, à tous ceux qui se couvrent par le grou« pement, est fixé par un tarif officiel. L'adoption « de celui-ci par les pouvoirs publics a pour but « d'assurer à tous ceux qu'ils protègent la liberté de « placer leur confiance dans le médecin de leur choix « qui, en revanche, s'interdira toute complicité dans « des actes d'accaparement menaçants pour cette li« berté ? »

Ne serait-ce pas aussi reconquérir l'indépendance vraie de notre carrière *libérale*, en sauvegarder le privilège aujourd'hui si compromis ? Ne serait-ce pas assurer le retour à notre beau rôle de *médecins de la famille* que toutes les collectivités suppriment actuellement en nous opposant les uns et les autres par d'indignes marchandages ?

Après cette lecture, un peu de lumière se fit dans le champ de nos irrésolutions.

Devant cette argumentation qui n'a pas rencontré jusqu'ici d'adversaires dans nos sociétés professionnelles (à notre connaissance du moins), devant l'accueil fait par les confrères, les magistrats, les experts, les conseils généraux à notre *Tarif ouvrier du Concours Médical*, serait-ce de la prétention que de croire qu'il puisse devenir le document désiré par M. Gourju ? Il est le résultat d'une collaboration méticuleuse et sérieusement expérimentée entre les plus documentés des assureurs, des mutualistes et des médecins. De la consultation que réclamait avec raison M. le sénateur Gauthier, confrère qui fut toujours bien au courant des intérêts médicaux, il ne sortirait que bien difficilement quelque chose de plus équitable et de plus acceptable puisque c'est le minimum fixé par les payeurs eux-mêmes.

Et dans ce cas, que nous importait que la consécration de nos chiffres, par nous recherchée près de la jurisprudence, nous vînt autant du pouvoir administratif que du pouvoir judiciaire ? Fallait-il sacrifier des avantages positifs (ceux d'un tarif uniforme), à la peur aveugle des grands mots ?

Longuement, minutieusement, la question fut débattue et examinée sous toutes ses faces, et voici sans phrases quelle fut notre conclusion.

Le Conseil de Direction du Concours Médical *proposera aux Sociétés de défense professionnelle, et, en cas d'accord absolu avec celles-ci, au groupe médical parlementaire, d'approuver l'amendement Gourju, parce qu'il semble impossible qu'au cours des deux années prévues par cet amendement, l'adoption générale du tarif unique que réclame le Sénat, ne soit pas un fait accompli chez les médecins, qui en auront ainsi reconnu la nécessité.*

Il va sans dire que la question de paternité n'a été d'aucun poids pour le Conseil au moment de prendre cette décision d'intérêt général, et que, si un travail meilleur que le Tarif Jeanne se prêtait mieux à l'accord général dans le bref délai indiqué, nous mettrons à sa disposition toute l'ardeur de notre propagande.

Le Conseil de Direction.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'ectasie géante du sac lacrymal

D'après la thèse inaugurale de M. le Dr Joseph Schirck, de Lyon, l'ectasie géante du sac lacrymal consiste en une tumeur du grand angle de l'œil, à grand axe vertical ou oblique de haut en bas et de dedans en dehors, dont les bords sont nettement délimités et présentent un aspect parfois bilobé, la tumeur étant souvent déprimée en son milieu par le tendon du muscle orbiculaire des paupières. Le diagnostic sera confirmé par l'existence d'une dacryocystite antérieure ou actuelle, par les alternatives de distension de la tumeur et de dépression, cette dernière coïncidant avec l'évacuation de liquide purulent ou muqueux par le canal nasal ou les points lacrymaux.

L'ectasie du sac lacrymal peut mesurer en moyenne jusqu'à 3 cent. 5 en hauteur, 3 centimètres d'avant en arrière et une largeur de 2 centimètres. L'auteur n'a pu réunir que onze cas à peu près semblables, qui aient été publiés et dont il faut distraire deux cas d'ectasie dus l'un à la présence d'un dacryolithe énorme, l'autre à une masse polypeuse, qui avait en même temps dilaté le canal nasal de telle manière qu'on pouvait y introduire un doigt.

La dilatation du sac lacrymal est d'ordre mécanique et inflammatoire. Elle est due souvent au faible degré de virulence de l'infection, qui permet à la longue aux liquides accumulés dans le sac lacrymal d'en distendre les parois. Le mode de structure de ces parois, la pauvreté plus ou moins grande de la loge fibreuse en fibres élastiques, facilitent cette distension et expliquent une dilatation énorme que l'on trouvera moins rarement chez la femme âgée.

Le traitement à opposer à cette pénible infirmité est l'extirpation du sac lacrymal, exécutée selon la technique opératoire actuelle de Rollet.

Rachicocaïnisation lombaire.

La rachicocaïnisation de Bier et de Tuffier mériterait, malgré les nombreux détracteurs que lui ont suscités quelques échecs graves, d'être conservée, ainsi qu'en témoignent les conclusions du travail récent publié par M. Cocheret, dans la *Clinique générale de chirurgie* :

a) L'analgésie par la rachicocaïnisation est le procédé de choix pour toutes les opérations sous-ombilicales en général et en particulier pour les interventions sur la région anale où la syncope est si fréquente avec le chloroforme ;

b) Chez les personnes bien portantes, elle présente moins de dangers que le chloroforme et aussi moins d'inconvénients. Avec elle, pas de syncope à redouter. tout au plus quelques vomissements à craindre ;

c) Chez les cardiaques, les pulmonaires, les sujets âgés, elle est le seul agent anesthésique possible, et le souvenir des nombreux cas où M. Le Filliatre ne put pratiquer des interventions d'urgence que grâce à la rachicocaïnisation nous fait dire, avec M. Legueu, « qu'il y a, dans la nombreuse série des rachicocaïnés, des malades qui n'ont dû leur existence qu'à la substitution, pour l'anesthésie, de la cocaïnisation au chloroforme ».

d) Enfin, avec les accoucheurs, M. Malartic entre autres, nous croyons que la rachicocaïnisation peut être d'un grand secours en obstétrique, qu'elle est l'anesthésique de choix dans les opérations obstétricales (sauf la version par manœuvres internes), et nous nous demandons si des injections répétées de cocaïne ne permettraient pas l'accouchement indolore à partir du début de la dilatation ou tout au moins des douleurs expultrices.

Traitement de la syphilis des nouveau-nés par les injections hypodermiques.

D'après M. le Dr Chassagne, de Lezoux, (Puy-de Dôme), la méthode hypodermique doit désormais être admise dans le traitement de la syphilis des nouveau-nés.

Ce mode de traitement, avec les précautions nécessaires, est toujours parfaitement toléré, tant au point de vue des accidents locaux que généraux.

Il offre l'avantage d'agir d'une façon énergique, rapide et sûre; il respecte le tube digestif et permet le dosage rigoureux de la quantité de mercure qu'on fait pénétrer dans l'organisme.

Jusqu'à plus ample informé, dit l'auteur, nous donnons la préférence aux sels solubles, et, par-dessus tout, à la solution de biiodure à l'état aqueux.

Les doses seront croissantes et varieront de 1/2 à 2 et 3 milligrammes.

On ne doit pas craindre de donner une quantité assez forte de mercure, l'enfant la supporte bien. Les doses trop minimes peuvent être insuffisantes.

Le traitement se fera par cures successives, une première d'une dizaine d'injections ; repos de quelques jours, puis une nouvelle série de piqûres.

En un mot, il faut appliquer à la méthode hypodermique le traitement intermittent du professeur Fournier.

Le traitement pourra être abandonné au bout de cinq à six mois, s'il n'y a plus de signes appréciables de syphilis.

Le bleu de méthylène dans les diarrhées.

Voici la conduite que M. le Dr Maurice Maguin d'Audruick (Pas-de-Calais) conseille d'observer en présence d'un cas de diarrhée :

Naturellement, on emploiera d'abord les moyens qui, depuis longtemps, ont été proclamés et reconnus efficaces : bismuth, laudanum, ratanhia, tannin, élixir parégorique ; mais, pour peu que cette diarrhée se prolonge, on administrera le bleu de méthylène. En effet, dit-il, nous n'avons pas voulu placer le bleu de méthylène en tête des médicaments antidiarrhéiques, ni en conseiller l'emploi à l'exclusion de tous les autres. Mais nous voulons indiquer aux praticiens que la persistance de certaines diarrhées déconcerte et décourage parfois un médicament souvent efficace, à la fois facile à manier et à administrer, peu dangereux aux doses communément employées, et dont le prix de revient n'est pas élevé. Les légers inconvénients qu'il offre de colorer les urines et de salir les linges, n'arrêteront pas les malades vraiment soucieux de se débarrasser d'une affection aussi cachectisante et ennuyeuse.

Pour terminer, nous rappellerons qu'on ne doit pas se décourager, si les premières doses restent sans effet ; nous avons dit que, dans les insuccès, que nous avons signalés, la médication n'avait pas été continuée pendant plus de cinq jours. Avec plus de persévérance, on serait peut-être arrivé à de meilleurs résultats. On nous objectera que la persévérance du médecin pourrait bien avoir raison de la maladie sans que le médicament y fût pour quelque chose ; mais c'est là un raisonnement dangereux. applicable du reste à toute médication, et que le médecin doit soigneusement bannir de son esprit, le scepticisme étant l'ennemi de la thérapeutique.

L'invagination intestinale récidivante.

M. le Dr Mauclaire, de Paris, rapporte dans la *Pédiatrie pratique*, deux très suggestives observations de récidives d'invaginations intestinales suivies de mort :

1re Observation : *Invagination colo-iliaque ; Désinvagination opératoire. Récidives multiples, trois semaines après. Désinvagination. Mort.*

Germaine E..., âgée de 2 ans, entre le 29 juil-

let 1902 dans le service de M. Brun, que nous remplaçons à l'Hôpital des Enfants-Malades, salle Bilgrain, nº 10.

Les renseignements donnés par les parents sont assez vagues. Depuis deux jours, l'enfant a des vomissements, des selles glaireuses, sanguinolentes, le ventre est ballonné, l'état général assez altéré.

Appelé à examiner l'enfant le soir, vers neuf heures, je trouve le ventre en effet assez ballonné régulièrement. Par la palpation dans la fosse iliaque gauche, l'on sent, facilement, une masse allongée ayant une direction oblique en bas et en dedans vers le pelvis. Le diagnostic d'invagination intestinale fut posé.

Laparotomie latérale gauche suivant le bord externe du grand droit. Je tombe sur l'S iliaque dans laquelle s'invagine en effet le côlon descendant. L'invagination ne doit pas dater de longtemps, car la désinvagination est très facile. Le mésocôlon ne présente qu'un peu de rougeur et quelques ecchymoses. Les parois de l'S iliaque et du côlon descendant sont souples, il n'y a aucune tumeur polypeuse dans la cavité de l'intestin, pas d'autres lésions semblables sur le reste de l'intestin. Fermeture de l'abdomen.

Les suites de l'opération furent très régulières pendant 15 jours. L'enfant était tout à fait rétablie et mangeait très bien, lorsque le 15 août elle fut reprise de quelques vomissements et de ballonnement, d'abord léger, du ventre. Elle allait à la selle cependant facilement. Cet état persista et le 18 août je me décidai à faire une nouvelle laparotomie exploratrice pensant à la récidive de l'invagination intestinale.

En effet, le ventre ouvert sur la ligne médiane, au milieu d'assez nombreuses adhérences péritonéales, je trouve une invagination siégeant à la même place que lors de la première intervention.

Ce qui est curieux, c'est que sur le côlon ascendant et sur cinq à six points de l'intestin grêle, il y avait des invaginations partielles de l'intestin, ici de deux à trois centimètres, là de un à deux centimètres et faciles à désinvaginer.

L'invagination colo-iliaque fut difficile à réduire, l'anse invaginée ne put pas facilement être attirée au dehors. Au cours de la désinvagination l'anse iliaque se perfora. Suture intestinale. L'enfant succomba à la péritonite 24 heures après cette nouvelle intervention.

2e Observation : *Invagination intestinale à répétition, opérée au 8e jour. Résection et entéro-anastomose latérale. Mort.*

H. B...., âgée de 5 ans, entre le 27 décembre 1903, à l'Hôpital Dubois. — Cette enfant a présenté déjà, il y a dix-huit mois, une crise d'occlusion abdominale avec selles sanguinolentes, vomissements fécaloïdes, etc. Cette crise a duré huit jours et la guérison spontanée survint sans crise nouvelle jusqu'à il y a huit jours. A ce moment survinrent du ballonnement du ventre, des vomissements porracés et une nouvelle hémorrhagie intestinale.

A l'examen actuel, le ventre est un peu ballonné ; à la palpation profonde, on sent une masse sur la ligne médiane entre l'ombilic et la symphyse, elle est allongée un peu obliquement en bas et à gauche et collée profondément sur le rachis.

L'état général est mauvais. Vomissements porracés, faciès péritonéal, etc.

Étant donné les selles sanguinolentes, le diagnostic d'invagination fut posé.

Laparotomie médiane. Il y a de l'ascite sanguinolente. Sur la ligne médiane on trouve le boudin d'invagination recouvert de fausses membranes purulentes. Il siège sur l'intestin grêle, à deux centimètres environ du cœcum; il est collé contre le rachis et impossible à attirer hors du ventre.

Section de l'intestin en-dessus, puis en-dessous de l'invagination ; ablation du boudin invaginé. Entéro-anastomose latérale entre les deux portions d'intestin, l'entérorraphie circulaire paraissant difficile à faire profondément étant donnée la rétraction du mésentère. La malade succombe douze heures après l'opération.

Examen de la pièce. — A la section du boudin d'invagination on trouve un segment d'intestin de 25 centimètres en état d'invagination descendante. Pas de polype dans le boudin d'invagination, mais au niveau des points intestinaux anastomosés nous avions trouvé, au cours de l'opération, un petit polype de la muqueuse intestinale gros comme une noix.

Ces cas sont rares, ajoute M. Mauclaire, l'occlusion iléo-cœcale étant, pour la plupart des auteurs, la plus fréquente.

Cependant, ils viennent apporter de nouvelles preuves que la résection est le traitement de choix de l'invagination chronique. L'exclusion intestinale, l'entéro-anastomose, l'anus contre nature, ne sont que des méthodes de nécessité.

Récemment Kredel insistait avec raison sur la difficulté qu'il y a quelquefois à attirer l'invagination en dehors du ventre pour faire la résection intestinale comme l'ont recommandé quelques chirurgiens. Il en fut ainsi surtout dans notre deuxième observation.

La cure de déchloruration dans l'épilepsie.

Dans un très documenté travail de la *Revue Internat. de clin. et de thérap.*. concernant le traitement de l'épilepsie essentielle par le bromure et la déchloruration, nous relevons les conclusions très intéressantes que voici :

Nous ne sommes pas encore fixés sur la valeur de l'hypochloruration dans le traitement de l'épilepsie essentielle. Tandis que, au dire des uns, une alimentation privée de chlorure de sodium assure la suppression des attaques avec les doses de bromure (de sodium) notablement plus faibles que celles qui seraient nécessaires avec une alimentation salée ; selon d'autres, ce résultat peut être obtenu avec n'importe quel régime donnant lieu au minimum de déchets susceptibles d'occasionner des auto-intoxications. D'autres enfin, déniant à l'hypochloruration toute action salutaire, l'accusent d'être surtout nocive en favorisant l'intoxication bromique, malgré la diminution des doses de bromure, et d'exposer les épileptiques à la mort rapide par adynamie cardiaque.

Il appartient à une expérimentation plus ample de faire l'accord entre des jugements aussi contradictoires.

CHIRURGIE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades.
M. le professeur Kirmisson.

Otites et mastoïdites.

Vous m'avez vu pratiquer tout à l'heure trois opérations : un genu-valgum, une cure radicale de hernie et une mastoïdite. Des deux premières je ne dirai rien ; il s'agit d'interventions classiques, n offrant aucune particularité notable, et j'arrive de suite au troisième cas.

Il concerne un enfant de 10 ans, entré il y a trois jours dans le service et chez lequel nous avons fait immédiatement le diagnostic de mastoïdite. Ses parents, de bonne santé apparente, eurent dix enfants. Les cinq premiers sont demeurés bien portants alors que, au contraire, les cinq suivants moururent, les uns à la naissance, les autres un peu plus tard, de méningite. de mal de Pott Que s'est-il passé dans cette famille pour avoir déterminé un tel changement dans la descendance ; y a t-il eu infection tuberculeuse ou syphilitique ? Nous l'ignorons et il faudrait pousser plus loin l'enquête pour élucider le problème. Je vous signale seulement le fait, en passant.

Notre petit malade n'a aucun antécédent pathologique à part une rougeole qui ne paraît pas avoir laissé de reliquat. Il fut pris, il y a deux mois, sans cause apparente, de douleurs dans l'oreille droite qui se prolongèrent pendant 15 jours. Conduit, à ce moment, à la consultation d'un dispensaire, on lui fit, semble-t-il, une paracentèse du tympan à la suite de laquelle un léger écoulement purulent se produisit avec amélioration momentanée des douleurs. Celles-ci reparurent bientôt, la région rétro-auriculaire se tuméfia, et peu à peu le pavillon fut décollé et reporté vers l'avant. A son entrée à l'hôpital, l'enfant présentait l'ensemble symptomatologique de la mastoïdite : décollement de l'oreille, disparition du sillon rétro-auriculaire. gonflement de la région mastoïdienne, sensibilité extrêmement vive au contact et à la pression. Pas de fluctuation. Etat général bon, sans hyperthermie.

L'histoire de ce petit malade a donc été des plus simples. Il fut pris. sans motif apparent, d'otite moyenne aiguë et d'une mastoïdite que la paracentèse trop tardivement faite n'a pu éviter. Je vous enseigne, ici. que la ponction du tympan est le meilleur traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée. Son insuccès, dans le cas présent, s'explique par la date tardive (le 15e jour) de son exécution et aussi par le manque de soins consécutifs.

Je vais, à cette occasion. revenir sur la symptomatologie des otites et de leurs complications mastoïdiennes et craniennes. Je reprends volontiers cette question. car il s'agit d'un sujet de pratique journalière : s'il est permis, à la rigueur, au médecin d'ignorer certains côtés de la pathologie, il n'en va plus de même pour tout ce qui relève de la chirurgie d'urgence, et la mastoïdite rentre dans ce cadre.

La fréquence de la mastoïdite chez les enfants s'explique par la fréquence des otites dans le jeune âge, les causes des inflammations auriculaires, la pharyngite nasale, les végétations adénoïdes, la rougeole, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la grippe, la tuberculose. étant elles-mêmes souvent rencontrées en pathologie infantile.

Quels sont les agents bactériens qui donnent le plus habituellement naissance aux otites ? Ce sujet a été longuement étudié par divers auteurs et particulièrement par Netter, dans un mémoire important paru en 1888. Sans l'examiner à fond, je me contenterai de dire que l'on trouve généralement dans le pus des otites : des streptocoques, des staphylocoques. des pneumocoques et. là comme ailleurs, des associations microbiennes. Netter s'est efforcé d'établir le pronostic de l'otite d'après le microbe causal, par analogie avec ce qui se passe pour la pleurésie purulente, par exemple. Nous savons qu'une pleurésie purulente à pneumocoque est moins grave qu'une pleurésie à streptocoque ou à pneumocoque associé au streptocoque. Les recherches faites dans ce sens n'ont pas abouti, pour l'oreille, à un résultat pratique. On ne saurait dire que l'otite à streptocoque est plus grave que l'otite à pneumocoque. A côté des formes bactériennes dont je viens de parler, on rencontre parfois, cependant, des espèces dont la signification est plus spécialement redoutable. Ce sont des bâtonnets, agents de la putréfaction. qui rendent les sécrétions fétides et qui, constatés au cours d'otites aiguës ou chroniques, ont paru prédisposer aux complications intra-craniennes.

Un élément notablement plus utile à considérer que le microbe. c'est le caractère aigu ou chronique de l'otite. Les inflammations aiguës relèvent des causes énoncées tout à l heure, rougeole. grippe, scarlatine Les lésions chroniques peuvent dériver d'otites aiguës ou être primitivement chroniques. On doit faire, parmi ces dernières, une large part à la tuberculose.

L'importance des otites tient moins aux troubles de l'audition, à la surdité qu'elles entraînent, qu'aux complications qu'elles sont susceptibles de créer. La diminution de l'acuité auditive est une petite chose en comparaison des immenses dangers de la suppuration intra-auriculaire. Vous le comprendrez aisément si vous vous représentez les rapports anatomiques de l'oreille moyenne, son voisinage avec le cerveau, les méninges, le sinus latéral, le nerf facial et même l'artère carotide interne.

On peut voir quelquefois, au cours des otites moyennes, des otites à streptocoque surtout, des phénomènes morbides infectieux généralisés. Toutefois, dans l'immense majorité des circonstances, les complications des suppurations d'oreille sont plus circonscrites ; elles aboutissent à des lésions en foyers qui laissent à l'intervention chirurgicale la possibilité de se produire efficacement dans un certain nombre de cas.

Voilà donc déjà deux formes de complications de l'otite moyenne. aiguë ou chronique : la méningo-encéphalite diffuse, généralisée, heureusement rare, et la méningo-encéphalite localisée, limitée au contact de l'os malade et justiciable d'une évacuation opératoire. Il en est une troisième. non moins sérieuse : l'abcès à distance, dans la substance nerveuse Assez loin de l'oreille moyenne, dans l'épaisseur du cerveau ou du cervelet, vous voyez se produire des abcès dont les signes, monoplégie, titubation, nystagmus, vomissements. etc. sont plus ou moins nets, plus ou moins classiques. Chez les enfants, l'abcès se lo-

calise plutôt sur l'étage moyen du cerveau ; chez les adultes sur l'étage inférieur, le cervelet.

La méningo-encéphalite n'est pas la seule suite à craindre dans les suppurations de l'oreille moyenne. A côté d'elle, il faut faire place aux altérations des sinus latéraux et il est facile d'en saisir la pathogénie. Je vous ai montré, à l'hôpital Trousseau, un petit malade qui était atteint d'une phlébite du sinus latéral propagée à la veine jugulaire : on sentait, au cou, au niveau de la veine, un gros cordon induré ; il y avait de l'œdème jusqu'au moignon de l'épaule, une circulation veineuse collatérale intense et des symptômes généraux septiques, une véritable infection pyoémique.

Les rapports intimes du nerf facial avec le rocher expliquent aussi pourquoi fréquemment l'otite donne lieu à des paralysies faciales. C'est un accident moins grave que les précédents, mais très sérieux au point de vue fonctionnel : si la paralysie, dans l'otite aiguë, est parfois transitoire, elle est trop souvent, dans les otites chroniques, irrémédiable et définitive.

Il est enfin une dernière complication intracranienne à signaler, infiniment plus rare, il est vrai, l'ulcération de l'artère carotide interne. Elle est exceptionnelle ; malgré le grand nombre de mastoïdites qu'il m'a été donné de soigner, je ne l'ai observée qu'une seule fois. On l'a rencontrée surtout dans les mastoïdites avec lésions osseuses considérables, dans ces formes décrites autrefois sous le nom de carie du rocher ; la nécrose osseuse gagnant progressivement arrive jusqu'au canal carotidien et, à un moment donné, l'artère baigne dans le pus ; elle s'ulcère par un mécanisme bien connu depuis les travaux de M. Monod et il s'ensuit des hémorrhagies redoutables.

Je n'insiste pas sur les caractères de ces lésions. Je me contente de les signaler, car chacune d'elles pourrait faire l'objet d'une ou de plusieurs leçons. J'arrive maintenant à la complication principale des otites, la complication *par excellence*, la plus fréquente de toutes, la plus curable aussi, celle d'ailleurs qui constitue l'intermédiaire habituel, la première étape de la suppuration en marche vers les méninges et le cerveau : je veux dire la mastoïdite. S'il est vrai que les méningo-encéphalites peuvent se produire directement, dans la pluralité des cas elles ne sont qu'une propagation de la mastoïdite.

La cause de la mastoïdite est, souvent, la rétention du pus dans la caisse et dans les cellules de l'apophyse. Cela est si vrai que, quelquefois, au moment où apparaît la douleur derrière l'oreille, l'écoulement se supprime par le conduit. Cette particularité a été l'occasion d'un préjugé populaire qu'il importe de connaître et contre lequel on ne saurait trop s'élever et lutter. Puisque la suppression de l'écoulement d'oreille se trouve suivie de mastoïdite, a-t-on dit, c'est donc que la suppuration otique est nécessaire et il faut, dès lors, la respecter. Il y a là une grosse erreur de raisonnement qu'il convient de redresser.

Quant aux signes de la mastoïdite, j'ai eu si fréquemment l'occasion de vous les décrire qu'il me suffira de les rappeler sommairement. Ce sont : le gonflement, la douleur au niveau de l'apophyse, la disparition du sillon rétro-auriculaire, le décollement du pavillon qui se trouve reporté vers l'avant. Puis, au bout d'un certain temps, on peut voir tous les symptômes des abcès, la rougeur, l'œdème, la fluctuation, qui se développent d'autant mieux et d'autant plus vite que le sujet est plus jeune. Chez les petits enfants, effectivement, l'os est mince et la mastoïde présente, en outre, une fissure, la suture pétro-squameuse, sur laquelle j'ai nombre de fois attiré votre attention. Plus le malade est âgé, plus les signes extérieurs de suppuration sont tardifs. Ce serait une erreur de s'attendre à rencontrer les mêmes phénomènes chez l'adulte et chez le nourrisson.

Les symptômes dont je viens de donner l'énumération appartiennent à la forme normale, commune, de la mastoïdite. A côté de celle-ci, s'observent des types plus rares, la variété dite de Bezold par exemple. Vous verrez des sujets chez lesquels la mastoïdite se traduit seulement par du gonflement et de la douleur à la pointe de l'apophyse. N'attendez pas, pour poser le diagnostic, l'apparition du décollement du pavillon, la disparition du sillon rétro-auriculaire ; rien de semblable ne se produit ici. Les faits en question s'expliquent par une suppuration localisée aux cellules de la pointe, sans participation de l'antre. Cette suppuration a quelque tendance à s'ouvrir dans le sillon de la mastoïde et du temporal et le pus, dès lors, bridé à l'arrière par des muscles épais, se porte en avant. Le gonflement gagne l'angle rétro-maxillaire, la gaine du sterno-mastoïdien : la mastoïdite de Bezold est constituée. Certains malades conservent une telle suppuration pendant des années ; des ouvertures multiples, en écumoire, se forment et on ne vient pas à bout du mal tant que le point de départ n'est pas reconnu et traité. Les cas dont je parle sont volontiers étiquetés phlegmons ou adéno-phlegmons du cou.

Le diagnostic de la mastoïdite se basera sur différents éléments. L'affection qui cause le plus d'erreurs est l'inflammation du ganglion mastoïdien. Ce ganglion situé à la partie postérieure de l'apophyse s'enflamme secondairement aux excoriations cutanées de voisinage, à l'impetigo du cuir chevelu. Fait intéressant à connaître : cet impetigo relève parfois lui-même d'une otite, si bien que la pathogénie des symptômes peut être faussement interprétée. On croit à une mastoïdite, suite d'otite, alors qu'il y a en réalité otite, impetigo et adénite aiguë. Lorsque, dans les anamnestiques, vous noterez la présence d'une induration sous cutanée, d'une bille sous la peau, vous serez mis sur la voie. D'autre part, le siège de la tuméfaction, qui est plus basse et plus éloignée du conduit dans l'adénite, constitue un signe utile à prendre en considération.

Rappelez-vous, également, les formes anormales de mastoïdite, la mastoïdite de la pointe, celle dite de Bezold qui simule les phlegmons du cou.

Le diagnostic établi, une conclusion thérapeutique s'impose ; l'intervention chirurgicale. Gardez-vous à tout prix du vulgaire coup de bistouri. D'une manière générale, d'ailleurs, le simple coup de bistouri ne vaut rien nulle part ; c'est de la mauvaise chirurgie. Il faut toujours faire une ouverture large et, le plus souvent, il est nécessaire de drainer.

La mastoïdite sera traitée de deux manières, soit par section des tissus, couche par couche,

*

jusqu'à l'os (incision de Wilde), soit par ouverture de l'apophyse (trépanation). L'incision de Wilde a guéri quelquefois les malades, dans certaines affections mastoïdiennes, mais s'il y a suppuration des cellules — ce qui est le cas habituel — elle est insuffisante. Tout bien considéré, il est plus sage de s'adresser d'emblée à la trépanation.

Vous m'avez vu bien des fois pratiquer cette opération. Elle demande surtout des connaissances anatomiques précises et exactes. Il est indispensable de se rappeler les rapports de la mastoïde en haut avec la cavité cranienne, en arrière avec le sinus latéral, en avant avec le facial. Ayez à l'esprit les dangers qui vous entourent. Pratiquez une incision verticale derrière le pavillon, décollez le périoste à la rugine pour mettre à nu la totalité de l'apophyse. Divisez celle-ci par la pensée en quatre quadrants et attaquez l'os dans le quadrant antérieur et supérieur, derrière le pavillon. Il semble qu'avec les progrès de l'âge, l'antre décrive un cercle autour du conduit : il est plus haut chez les jeunes enfants et devient parallèle au conduit chez l'adulte.

Chez l'enfant, vous ne pouvez pas compter sur le relief de la ligne temporale mais vous vous aiderez d'une disposition particulière. Il existe en arrière du conduit une zone criblée où l'os semble perforé comme avec une pointe d'épingle. Cette zone correspond exactement à l'antre et elle indique la région à trépaner.

Quant à la profondeur de l'antre, elle est variable. Chez les très jeunes sujets, on n'a souvent à traverser qu'une couche excessivement mince de tissu osseux. Parfois, au contraire, la profondeur est telle qu'on éprouve une certaine difficulté à y parvenir : on divise à ce point de vue, les apophyses en deux groupes, les apophyses scléreuses et les apophyses à cellules larges et nombreuses.

Le petit malade que j'ai opéré ce matin offrait un cas type d'apophyse scléreuse. Au moment de l'opération nous avons trouvé une mastoïde rouge sur toute sa surface. La trépanation faite au lieu d'élection, nous avons pénétré jusqu'à un centimètre au moins sans trouver l'antre. Une fois ou deux peut-être, une bulle d'air, venant éclater à la surface, nous indiquait l'ouverture d'une petite cellule, mais il me fut impossible d'arriver à introduire le protecteur de Stacke. Prenant en considération ce fait qu'il n'y avait de pus nulle part et craignant, après avoir pénétré assez profondément, de causer des dégâts, je me suis arrêté là. Je crois que cette intervention suffira et que je n'aurai pas lieu de regretter de ne pas être allé plus loin

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

L'Eau minérale purgative de Condal.

Condal est un village situé en Espagne, sur les contreforts des Pyrénées Catalanes, dans la province de Lérida, non loin de la grande route qui relie Paris à Madrid. A un kilomètre environ se trouve le ravin de San Roma dans lequel coulent les sources connues sous le nom d'Eaux de Rubinat.

La source principale est la *source Condal*, déclarée d'utilité publique par Ordre Royal du 13 juin 1885. Son débit est considérable et la fixité de sa composition remarquable. Elle est exploitée par une Société française.

A l'encontre de la Fuente Amarga (source amère dite Llorach) qui contient une énorme quantité de sels magnésiens, l'eau de *Condal* est minéralisée à peu près exclusivement par le sulfate de soude. La saveur de ce sel n'a pas l'amertume du sulfate de magnésie : c'est ce qui rend l'eau de *Condal* beaucoup moins désagréable à prendre que la plupart des autres eaux purgatives.

L'analyse faite au laboratoire de l'École nationale des mines de Paris, le 9 novembre 1889, a donné les résultats suivants :

	gr.	Total des sels Anhydres	Total des sels cristallisés
Sulfate de soude...	44,510		
Sulfate de potasse..	0,485		
Sulfate de chaux ..	1,650	51,559	102,70
Sulfate de magnésie	3,069		
Chlorure de sodium	1,854		

Le sulfate de soude est un purgatif doux et certain qui convient aux sujets dont les entrailles sont irritables ou qui sont atteints de maladies inflammatoires et fébriles ; il agit alors comme tempérant et antiphlogistique.

Il excite la sécrétion muco-séreuse de la membrane interne du tube digestif et détermine, par suite, des selles liquides et répétées. Il y a là certainement un effet d'exosmose ; la solution saline étant plus douce que le sérum sanguin, celui-ci transsude à travers les parois des capillaires, mais il y a aussi impression physiologique sur la muqueuse intestinale et excitation sécrétoire réflexe.

Ingérée à très faibles doses, l'eau de *Condal* ne donne plus aucun effet purgatif et est absorbée ; le sulfate de soude, qui fait normalement partie des sels du sérum, contribue à diminuer la coagulabilité de la fibrine, augmente la rutilance des globules et favorise leurs échanges gazeux dans la respiration, enfin il excite les divers émonctoires et en particulier les reins.

Indications thérapeutiques.

A doses massives, l'eau de *Condal* est employée dans les affections du tube digestif et de ses annexes ; elle permet de dégager l'intestin des matières naturelles ou étrangères qu'il peut contenir, d'accélérer la sécrétion des glandes annexes et de diminuer la réplétion du système porte.

Dans l'anorexie, dans la constipation habituelle, dans les états maladifs du foie, tels que la pléthore bilieuse, l'ictère catarrhal, la lithiase biliaire, la diarrhée bilieuse, l'eau de *Condal* est absolument indiquée.

Dans la pléthore générale, son action déplétive et dérivative fournira un moyen de détente.

De même, son action révulsive sera recherchée dans les congestions utérines et en général dans les congestions de l'appareil uro-génital, dans la congestion pulmonaire, dans le catarrhe bronchique tendant à se généraliser, dans les congestions cardiaque ou encéphalique, enfin dans les affections congestives des yeux ou de la peau.

A doses réfractées, l'eau de *Condal* agira comme reconstituant, mais il faut alors qu'on l'administre à doses assez faibles pour qu'elle passe presque inaperçue dans son action topique, et suffisan-

tes cependant pour qu'après son absorption elle puisse amener une modification de la nutrition.

Dans la chlorose, dans l'albuminurie, le diabète, elle pourra ainsi donner de bons effets ; elle augmentera la capacité du sérum sanguin pour les matières albuminoïdes et empêchera la dénutrition.

Dans la diathèse urique elle favorisera la combustion des matériaux quaternaires, augmentera la production de l'urée dans l'urine et diminuera celle de l'acide urique et des urates

Doses et mode d'emploi.

L'eau de *Condal* se prend à jeun lorsqu'on veut utiliser ses propriétés déplétives ou dérivatives.

La dose varie naturellement suivant les effets qui sont recherchés : un verre à bordeaux donnera un effet laxatif léger ; un verre ordinaire une purgation légère ; la bouteille entière une purgation plus forte.

Si, au contraire, on veut mettre à profit son action reconstituante, c'est par verres à liqueur qu'on l'administrera et on pourra la faire prendre avant les repas.

Il est bien entendu que ce sont là simplement des indications générales que le médecin modifiera selon les cas, selon les âges et selon les tempéraments.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La Fédération nationale du prolétariat médical.

M. le Dr Verhaeghe (de Lille) a répondu à l'appel que nous lui adressions l'autre jour quand nous avons essayé de présenter au Conseil du « Sou médical » les documents de propagande qu'il utilise en faveur de la réalisation de son projet.

Nous publions intégralement sa lettre jusques et y compris quelques reproches non fondés.

Quand nous avons critiqué, dans le passé, (*on n'imagina*), des tentatives de groupement qui pouvaient aboutir aux mêmes résultats que la sienne, ce n'est pas de celle-ci que nous parlions, et il n'a pas à s'émouvoir de la phrase qu'il a relevée. De même, ayant le journal à sa disposition comme tous nos lecteurs, il a préféré faire sa propagande sans nous renseigner les premiers. Dès que, signalant cette propagande, nous avons eu à prononcer le nom de M. le Dr Verhaeghe, nous avons fait appel à ses explications. Nous croyons donc n'avoir pas manqué à la courtoisie.

Cette petite place faite aux explications confraternelles, nous laissons la parole à M. le Dr Verhaeghe, sans même discuter aujourd'hui ses idées. Notre désir serait que quelques-uns des membres du *Concours*, après avoir lu et médité la lettre ci-dessous, voulussent bien donner leur opinion. C'est ainsi que nous comprenons le rôle du journal : des études, des observations, des critiques portant sur les idées, et abstraction complète de tout ce qui touche aux personnalités.

Lille, le 12 juin 1904.

A Monsieur le Rédacteur en chef du *Concours Médical*.

Très honoré Confrère,

Je viens de recevoir le dernier n° du *Concours*. Je suis très étonné d'y trouver, à propos d'une organisation dont j'ai l'honneur d'être actuellement le secrétaire, des insinuations comme celle-ci :

« On ne l'imagina jusqu'ici que faite *en cachette* par des *arrivistes* que liait un pacte *inavoué* (pourquoi pas : inavouable ?) *qui sacrifiaient le prestige et l'intérêt général à des avantages personnels immédiats....* »

Telle fut donc, *jusqu'ici*, votre opinion sur l'action d'un homme qui en somme est des vôtres, puisqu'il est membre non seulement du *Concours médical*, mais aussi de l'*Amicale*, puisqu'il envoyait, il y a peu de temps encore, son adhésion au « Sou médical », et qu'il sera également membre de la *Caisse des retraites* dès que ses moyens le lui permettront. Merci bien !....

Il me semble que la moindre courtoisie eût voulu qu'avant de publier une telle opinion, vous eussiez pris vos informations, non pas auprès de tierces personnes, mais directement auprès des intéressés. Et mon adresse ne devait pas vous être inconnue....

Mais passons....

Puisque la lecture de nos Statuts ne vous a pas suffisamment éclairé sur le but que nous poursuivons, permettez-moi de vous donner connaissance de la partie principale d'une lettre que j'adresse à un de nos confrères, lequel me demandait également des renseignements complémentaires sur notre organisation.

Voici ce que je lui disais et cela me paraît répondre à vos préoccupations.

La question n'est pas de savoir si l'on est partisan ou adversaire de ce que l'on appelle la *socialisation de la médecine*, de ce que, à mon avis, il est préférable d'appeler la *systématisation de la médecine*. La question est de savoir si cette systématisation est un fait réel, comment elle évolue et à quoi elle paraît devoir aboutir.

De l'examen de l'évolution médicale, il résulte pour nous que, *sous l'action de phénomènes économiques* divers, cette *systématisation de la médecine va croissant*, entraînant avec elle la formation d'une *catégorie nouvelle de médecins* : médecins employés salariés, véritables prolétaires, lesquels peuvent avoir et ont en réalité des intérêts *différents* (je ne dis pas *contraires*) de ceux des médecins libres.

Nous *constatons un fait* ; nous *ne l'apprécions pas*, cette appréciation pourrait être favorable ou défavorable suivant les idées personnelles de chacun de nous, et ne pourrait d'ailleurs être d'aucun effet sur la marche des événements.

Le rôle du *Syndicat, l'Avenir Médical du Nord* (qui existe) et de la *Fédération nationale du Prolétariat médical de France* (en projet) est justement de suivre les phases de cette évolution ; d'une part, de défendre les intérêts de ceux des médecins qui en sont déjà les victimes, et de l'autre, de chercher les solutions permettant à ceux des médecins qui, quoique non encore touchés, se sentent néanmoins près de l'être, de s'adapter à cette évolution sans passer par ce stade si pénible de la Prolétarisation. Je dirai de suite que l'une de ces solutions me paraît devoir être cherchée dans la Coopération.

Pour ce qui est de la vieille *profession libérale*, je suis personnellement convaincu qu'elle existera

aussi longtemps qu'il y aura des médecins ayant la possibilité matérielle et le désir de s'y adonner.

Quant au *droit pour le malade de se faire soigner par qui bon lui semble*, ce n'est pas nous, qui savons par expérience ce qu'est la contrainte et la dépendance ou qui sommes membres d'organisations diverses, *qui le lui contesterons jamais*. A la condition toutefois, c'est que le dit « qui bon lui semble » présente les garanties que la Société, dans l'intérêt général, a le droit et le devoir d'exiger et de contrôler. Il ne faudrait pas que, sous prétexte de liberté de confiance, nous laissions donner libre carrière aux rebouteurs de tous coins (qui sont même quelquefois docteurs en médecine) et que nous laissions arriver en France ce qui se rencontre en Allemagne, où nous voyons des ouvriers réclamer le droit de se faire soigner aux frais des Caisses d'assurances par les « Naturarzte ».

Certes, cette systématisation de la médecine *peut mettre en danger* la liberté de confiance du malade, *bien qu'elle ne soit nullement en contradiction avec elle*.

Nous sommes tous libres de faire nos achats où cela nous plaît : cela n'empêche pas le développement du grand commerce, de puissantes coopératives, véritables formes de collectivisme commercial, et la disparition du petit commerce. Nous sommes tous libres de faire travailler les petits producteurs, cela n'empêche pas l'organisation d'énormes entreprises industrielles et la disparition de l'artisan individualiste, etc., etc. Il en sera de même pour la médecine.

Mais, je le répète, ce danger est à redouter, car, *en Société capitaliste, chaque stade de l'évolution parait devoir entrainer une limitation de la liberté individuelle*.

Si cette revendication de la liberté de confiance (avec les garanties dont il est parlé plus haut) n'est pas inscrite nominalement dans nos statuts, c'est que ce danger menaçant plus spécialement la classe ouvrière, *c'est aux fédérations ouvrières à diriger le combat sur ce terrain*. Nous y aiderons d'ailleurs de notre mieux. Notre action sera peut-être le *primum movens* du mouvement général, elle en constituera peut-être la partie décisive, mais elle ne doit être considérée que comme une des manifestations de l'action générale.

Ce n'est pas à titre de Syndicat *médical*, que nous autres, à Lille, marcherons dans cette lutte, c'est à titre de Syndicat *adhérent à la Bourse du Travail*, et sous le couvert de cette Bourse ; et mon avis personnel est que nous ne devons marcher collectivement que lorsqu'elle-même aura décidé de marcher.

Pour me résumer :

1° La systématisation de la médecine est un phénomène fatal.

2° Elle entraîne, au point de vue médical, le rejet dans le Prolétariat d'une partie des médecins (les plus nécessiteux, ceux qui n'ont pas les moyens d'attendre une clientèle) ; d'où la raison d'être de la *Fédération nationale du Prolétariat médical* qui aura pour but : *a)* la défense des intérêts immédiats des médecins prolétarisés ; *b)* la lutte pour leur émancipation ; *si possible*, l'adaptation à cette évolution des médecins menacés, mais non encore prolétarisés, afin de leur conserver leur indépendance.

3° Elle peut mettre en péril la liberté de confiance du malade, principalement de celui de la classe ouvrière. Le but de la Fédération étant l'action commune avec la classe ouvrière pour la défense des intérêts généraux du Prolétariat tout entier, son rôle (et son devoir) sera de prêter tout son appui aux fédérations ouvrières, luttant pour cette liberté.

. . . .

Pour ma part, je souhaite ardemment voir se constituer à Paris et dans les autres centres ouvriers des groupements analogues à celui que nous avons créé à Lille, lesquels adhéreraient à leurs Bourses du travail respectives. Je crois que, dans l'état actuel des choses, ils représentent une nécessité.

. . . .

Très honoré Confrère,

Puisque le *Concours Médical* est mis à ma disposition, ce dont je ne pourrais trop remercier son comité de Direction, j'espère que vous voudrez bien mettre sous les yeux de tous nos Confrères cette lettre qui me semble devoir faire disparaître tout malentendu.

Agréez, je vous prie, mes confraternelles salutations.

Dr D. VERHAEGHE.

P.-S. — 1° En parlant de l'intervention du *Syndicat, l'Avenir Médical de la région du Nord* dans les dernières élections municipales, vous dites que cette intervention *« prêta à confusion »* entre les Syndicats de Lille. Le mot est indulgent. Que pensez-vous, *en général*, de médecins syndiqués et d'un groupement syndical qui entravent l'action d'un autre groupement syndical tout en admettant le bien fondé de cette action, et tout en reconnaissant que cette action peut avoir des résultats utiles au point de vue de l'intérêt général ?

2° Comme j'ai été mis personnellement en cause, c'est en mon nom personnel que j'écris. La prochaine Assemblée générale du Syndicat *l'Avenir Médical* jugera s'il y a lieu de compléter ou de préciser ma pensée.

VERHAEGHE.

La Ligue des médecins libres de France.

Le même jour que le projet de M. le Dr Verhaeghe, fut présentée au Conseil du « Sou médical », l'idée de créer sous le titre que nous venons de reproduire une Association professionnelle pour la suppression des monopoles médicaux.

Voici la circulaire dans laquelle cette idée a été développée :

Mon cher Confrère,

Vous n'ignorez sans doute pas que le Syndicat des Médecins de la Seine avait intenté un procès à une Compagnie de Tramways qui avait fait afficher dans ses dépôts l'avis suivant :

« Les certificats des médecins autres que ceux « de la Compagnie ne sont pas admis.

« En cas d'accident grave, le malade, en l'ab- « sence du médecin de la Compagnie, pourra fai- « re appeler le plus proche. — Après la visite du « médecin de la Compagnie, toute autre visite faite « par un médecin étranger serait à la charge du « malade. »

L'avocat de la Compagnie, en consultant la liste des médecins adhérents au Syndicat des Médecins de la Seine, avait constaté que sur huit cents membres de ce Syndicat, cinq médecins étaient attachés au service médical de la Compagnie de Tramways poursuivie, et avait déposé des conclusions demandant à ce que ce Syndicat soit déclaré non recevable dans une action qui ne comprenait pas les intérêts de la collectivité entière, ces cinq médecins ayant intérêt à ne pas poursuivre la Compagnie qui les payait. Le Tribunal, acceptant les conclusions de l'avocat de la Compagnie, a déclaré le Syndicat des Médecins de la Seine non recevable parce que cinq de ses membres étaient médecins de la Compagnie poursuivie.

Il est le plus souvent impossible à un médecin de prouver que les procédés employés par les Compagnies ont eu pour résultat de détourner un client de son cabinet. Seul, une collectivité, un Syndicat médical peut poursuivre ces

Sociétés à cause du dommage causé à la collectivité médicale.

Mais il résulte du jugement du Tribunal civil de la Seine, que tout Syndicat médical qui comptera parmi ses membres un seul médecin de Compagnie d'assurances, de tramways, de chemins de fer ou de toute autre exploitation industrielle, commerciale, minière, de transport ou autre, *soumise à la loi du 9 avril* 1898, sera, à cause de la présence de ce seul médecin, complètement paralysé pour intenter en son nom une action en justice contre ces Sociétés sus-énoncées.

Si étrange que soit ce jugement du Tribunal de la Seine, il a mis en lumière le défaut de la cuirasse des Syndicats médicaux actuels. D'autre part, il est certain que les Conseils d'administration des Syndicats médicaux, pour ne pas contrarier les médecins de Compagnies adhérents au Syndicat, et qui parfois font partie des Conseils d'administration, ne peuvent pas agir avec toute l'énergie désirable contre ces Compagnies.

Ces considérations ont déterminé quelques médecins à fonder un Syndicat capable de défendre par tous les moyens légaux leurs intérêts compromis par les manœuvres des Compagnies, qui leur enlèvent chaque jour des clients pour les envoyer chez les médecins avec qui elles ont passé des marchés.

Par contre-coup, nous voulons rendre aux mutualités, aux employés des Sociétés industrielles, le droit de choisir leur médecin et l'obligation pour ces Sociétés de payer le médecin choisi par les employés.

La loi du 9 avril 1898 a donné au blessé le droit de choisir, et a imposé au patron l'obligation de payer ce médecin choisi par le blessé.

Cette liberté que le blessé vient de conquérir, pourquoi serait-elle refusée au malade ? Nous considérons comme un reste d'esclavage indigne de l'homme d'aujourd'hui, cette condition d'avoir à subir comme médecin un docteur qui lui est imposé et dans lequel il peut ne pas avoir confiance. Il est en même temps indigne pour un médecin de soigner un malade qui ne reçoit ses soins que contraint et forcé.

Obtenir pour le malade ce que le blessé vient d'obtenir : « la liberté de confiance », tel est notre but.

Pour arriver à ce résultat, il faut n'admettre dans notre Syndicat que des médecins n'ayant aucune attache avec les Sociétés soumises à la loi de 1898, n'ayant aucun intérêt commun avec ces dernières. Notre but n'est donc pas de faire une œuvre concurrente à celle des Syndicats médicaux existants, mais au contraire de leur aider et de nous substituer à eux, dans des cas spéciaux où leur action se trouve paralysée par suite de leur composition. Aussi, nous espérons que les Syndicats médicaux voudront bien nous aider en engageant à s'inscrire à notre Ligue tous les médecins, syndiqués ou non, qui sont dans les conditions requises pour faire partie de notre Syndicat.

Notre action est double : *la défense contre les monopoles*, d'une part, et *la lutte contre les Compagnies d'assurances*, d'autre part.

La lutte contre les Compagnies est une des parties de cette revendication : soustraire aux Compagnies et à leurs médecins et restituer au corps médical tout entier les blessés des accidents du travail, c'est encore détruire un monopole, le plus agressif et le plus illégal de tous et le plus dolosif pour le corps médical ; car, tandis qu'un accidenté soigné pour le compte d'une Compagnie rapporte (à quelques uns, seulement) 10 francs, on a calculé qu'au tarif ouvrier, à Paris, il représenterait en moyenne 4 ou 5 fois plus.

Telle est l'utilité générale de notre Association ; mais elle assurera à ses membres d'autres avantages appréciables.

Il est bien entendu que le médecin ne doit faire que de la médecine : son rôle n'est pas d'y mêler la politique, la religion ou le négoce. Mais, quelle que soit la rigidité de ce principe, il est inévitable que, dans une action parallèle à celle des Syndicats et des organismes ouvriers, il y ait contact et collaboration constante. S'il faut faire de la propagande, ce sera dans les milieux ouvriers, bien évidemment. Ainsi, par la force même des choses, les ouvriers et leurs Syndicats se trouveront en présence d'une liste de médecins dévoués à leurs intérêts et libres de toute attache envers les Compagnies qu'ils savent leurs ennemies. Est-il téméraire de penser qu'ils récolteront aisément, en popularité comme en clientèle, le fruit d'une telle propagande ? Et nous ne croyons pas qu'ils doivent craindre pour cela de perdre leur clientèle patronale, car les patrons sont très désintéressés de la lutte entre les médecins et les assurances, où leur rôle se borne à payer des primes auxquelles ils sont à présent résignés. Et nombre de patrons qui se savent également exploités par les Compagnies d'assurances soutiennent leurs ouvriers dans leur lutte contre elles.

D'ailleurs la *liste des travaux* auxquels pourra s'adonner l'Association, dès sa fondation, vous montrera quel est le développement qu'elle peut prendre :

1° Avant tout, *la propagande la plus large* de nos principes à la fois dans les milieux ouvriers et dans les milieux médicaux ;

2° La *séparation absolue*, en ce qui concerne le traitement des blessés du travail, des médecins libres et des médecins de Compagnies d'assurances ;

3° La *rédaction d'un Annuaire* contenant les noms de tous les médecins qui auront déclaré n'être au service d'aucune Compagnie ;

4° La création, dans tous les centres ouvriers, de Secrétariats ouvriers (Offices du Travail), avec le concours des groupements ouvriers, ou bien, selon les cas, de *postes de secours* où seront soignés les accidentés du travail, au lieu d'être conduits aux hôpitaux qui ne sont pas faits pour eux ;

5° L'*étude des réformes* de la législation, des règlements, de tous les actes administratifs qui protègent encore le monopole des assureurs ;

6° La *lutte incessante devant les Tribunaux*, pour obtenir une jurisprudence favorable aux médecins ;

7° Le *contrôle permanent* des juges, des commissaires, des fonctionnaires, des maires, des médecins même qui favorisent l'exploitation des blessés ;

8° L'*étude de tous les moyens*, tant législatifs que moraux, *propres à rendre au corps médical les clientèles que les monopoles de toutes sortes lui ont enlevées* ;

9° L'*organisation*, le plus tôt possible, d'un *Congrès des accidents du travail* qui donnera à nos vœux le retentissement nécessaire pour im-

pressionner les pouvoirs législatifs, au moment où la loi de 1898 est remise en discussion.

Vous voyez que le programme est vaste et qu'il suffit à lui seul à occuper beaucoup d'activités ; vous voyez qu'il est limité, et qu'il justifie parfaitement la création d'un organisme spécialisé.

Lisez donc attentivement les Statuts qui accompagnent cette circulaire, et que tous ceux qui comprennent qu'il y a là une question de vie ou de mort pour le corps médical se joignent à nous; nous ne cherchons pas le nombre, mais la force qui résulte de l'homogénéité, de la cohésion, de la conviction active.

Chaque fois que dans une région le nombre des adhérents dépassera une quinzaine, nous croyons qu'il sera utile que nos adhérents forment une section régionale se tenant en communication avec le Conseil d'administration siégeant à Paris. Notre Conseil technique comprendra des avocats qui nous guideront dans le dédale des lois et de la procédure ; des représentants des Syndicats ouvriers qui nous tiendront au courant des abus commis par les Compagnies ; des députés et sénateurs qui porteront nos doléances dans les Commissions parlementaires et devant les Chambres, enfin des journalistes qui éclaireront l'opinion publique et qui signaleront les négligences commises.

Nous tiendrons une réunion plénière à une date rapprochée que nous ferons connaître ultérieurement.

Nous vous prions, très honoré Confrère, de nous envoyer votre adhésion sans retard ; nous nous chargeons de remplir toutes les formalités nécessaires pour votre inscription obligatoire au « Sou Médical », si vous nous y autorisez.

Les adhésions et toutes les correspondances et communications sont reçues chez les Drs Diverneresse, 18, rue du Lac, à Saint-Mandé (Seine), et Dally, 324, rue des Pyrénées (Téléphone 936-23).

Voici les noms de quelques-uns des adhérents :

MM. les Drs Antheaume, *ancien chef de clinique de la Faculté ;* Coudert, *chef de laboratoire à la Faculté, ancien interne des hôpitaux* ; Finet, *ancien interne des hopitaux* ; Dally, Diverneresse, Hélouin, Levassort, Mallet, Noir, Tabary, Roche, *consultant d'ophtalmologie, à la clinique infantile de la Faculté* ; Bellencontre ; Farge, *chirurgien dentiste.*

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

FINANCIÈRE MÉDICALE

Assemblée générale ordinaire du 24 juin 1904.

L'Assemblée générale se constitue sous la présidence de M. le Dr Gassot, président du conseil d'Administration.

Le Président invite les deux plus forts actionnaires présents, MM. Bourdin et Raimbert, à prendre place au bureau en qualité d'assesseurs. M. Jeanne est nommé secrétaire de la séance.

Le Président constate que la convocation à l'assemblée a été faite légalement dans le n° 156 des *Petites Affiches* du 4 juin 1904 et dans les numéros 24 et 25 du *Concours Médical* des 11 et 18 juin 1904 conformément aux statuts.

Il constate en outre, d'après la feuille, la présence réelle ou par pouvoirs de 597 actions, soit plus du quart du capital social et leur admission à la séance conformément aux prescriptions de l'article 31 des statuts.

Il rappelle enfin que le rapport du conseil d'Administration a été publié dans le n° 24 du *Concours médical* du 11 juin 1904, et tenu à la disposition des actionnaires, au siège social, pendant 15 jours.

En conséquence, il déclare l'Assemblée générale valablement constituée et donne la parole à l'Administrateur délégué pour la lecture de son rapport. (*Voir n° 24 du 11 juin 1904.*)

Le Président donne ensuite la parole à M. le docteur Arthur Petit, commissaire des comptes, pour la lecture de son rapport.

Rapport du Commissaire des comptes de la Financière Médicale.

Exercice 1903.

Messieurs,

Suivant le mandat que vous m'avez confié dans votre dernière assemblée générale, j'ai examiné tous les livres de comptabilité de la « Financière Médicale », ainsi que les pièces de recettes et de dépenses. La comptabilité est à jour — toutes les opérations qu'elle comporte sont clairement et exactement passées — et le bilan qui vous est soumis en est la synthèse bien fidèle. Il nous donne :

1° *A l'actif.*

	1903	1902
Société générale	7.90	107.35
Soc. franç. de reports	6.606.15	16.961.20
Participation	9.440 »	8.511.49
Comptes courants	188.800 »	188.800 »
Caisse	63.77	122 »
Frais de constitution	7.007.16	7.459.24
Avance à l'Etat	137.54	110 »
Maison de santé de la plaine Monceau	21.468.40	10.000 »
	233.530.92	232.071.28

2° *Au passif.*

	1903	1902
Capital	220.000 »	220 000 »
Transferts	100 »	1.100 »
Créditeurs	233.75	233.75
Fonds de réserve	953.55	614.40
Dividendes à payer	4.146 »	3.114 »
Profits et pertes. Report ex. 1902. 940.81 ; Solde ex. 1903.. 7.156.81	8.097.62	7.009.13
	233.530.92	232.071.28

L'actif, au point de vue de sa composition, diffère de celui de 1902 par une diminution de 10.355 à la Société des reports, qui s'explique par l'augmentation de 11.468.40 du compte de la Maison de Santé de la plaine Monceau.

Au passif, le compte « coupons non touchés », passe d'une année à l'autre de 3.114 à 4.146, ce qui prouve que nos confrères ne mettent pas beaucoup d'empressement à les encaisser.

Et le solde de l'exercice 1903 dépasse en bénéfice de 373.85 celui qui l'a précédé.

Compte des profits et pertes.

Doit

	1903	1902
Frais généraux.........	3.650.96	3.480.47
Amortissement des frais de constitution.......	452.08	452.08
Solde du bilan..........	7.156.81	6.782.96
	11.259.85	10.715.51

Avoir :

	1903	1902
Intérêts soc. reports....	351.45	1.149.02
Participation...........	9.440 »	8.511.49
Maison de Santé........	1.468.40	5 »
Virement d'une somme non employée........		1.050 »
	11.259.85	10.715.51

Au « Doit » nous constatons qu'on a fait jouer le compte « Amortissement » du 1/20 qui doit l'amener à zéro à l'expiration de la Société ; et l'« Avoir » nous montre que la Maison de santé est la cause principale de l'augmentation de bénéfice qui permet de distribuer un dividende de 3 % en augmentation de 1/2 % sur celui de l'année dernière, et cela tout en conservant une disponibilité à peu près égale de 864.77.

Dans ces conditions, nous ne pouvons que vous engager, Messieurs, à adopter purement et simplement les comptes et la répartition qui vous sont proposés.

Fait à Paris, le 20 mai 1904,

Dr A. Petit.

Personne ne demandant la parole, le président met aux voix les résolutions suivantes :

1re Résolution.

Les comptes et le bilan de l'exercice 1903 sont approuvés dans les termes où il sont présentés par le conseil d'Administration (*adopté à l'unanimité*).

2e Résolution.

Il sera versé à la réserve légale un prélèvement de 5 % sur les bénéfices de l'année, soit 357 fr. 85 (*adopté à l'unanimité*).

3e Résolution.

Il sera distribué un dividende de 3 fr. **nets d'impôts** par action, la taxe sur le dividende étant supportée par la société (*adopté à l'unanimité*).

4e Résolution.

Il sera reporté à l'exercice 1904 le solde soit 864 fr. 77 (*adopté à l'unanimité*).

5e Résolution.

M. le docteur Arthur Petit est réélu commissaire des comptes pour l'année 1904 ; ses honoraires sont fixés à 200 fr. ; M. le docteur Angelby est également réélu commissaire adjoint (*adopté à l'unanimité*).

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 4 heures.

AVIS

Paiement du dividende

Le dividende de l'exercice 1903 *est payable à la Caisse de la Société,* 23, *rue de Dunkerque, dans les bureaux du* Concours médical, *depuis le* 25 *juin* 1904 *contre la présentation du coupon n°* 4.

Les actionnaires qui ne pourront pas se présenter eux-mêmes sont priés de faire toucher par n'importe quelle banque, ou d'adresser leur coupon n° 4 à l'administrateur délégué, qui leur enverra le montant (3 fr. par coupon) en un mandat-carte (frais déduits).

Les actionnaires qui n'ont pas encore retiré leurs titres sont instamment priés de passer au siège social où ils pourront échanger leurs actions contre le reçu provisoire qui leur a été délivré au moment de la souscription.

Les titres non retirés ayant été déposés dans une maison de banque, par mesure de sécurité, les actionnaires qui désireront retirer leurs titres eux-mêmes sont priés de nous aviser huit jours à l'avance de leur désir, afin de nous laisser le temps d'en faire le retrait.

Les actionnaires qui désirent que leurs titres leur soient envoyés par la poste doivent adresser leur reçu et en échange ils recevront leurs actions et le montant des coupons échus. (N° 1 : 3 fr., N° 2 : 2 fr. N° 3 : 2 fr. 50. et N° 4 : 3 fr.), déduction faite de tous les frais d'envoi.

CORRESPONDANCE

Le zèle des inspecteurs du travail.

Cher ami,

Je vais mieux et n'oublie pas les soins de la maison de santé de la rue du Sergent-Hoff. Mais je vous écris surtout pour vous adresser la perle épistolaire que voici :

H., le 20 juin 1904.

Monsieur le Docteur,

J'ai reçu, le 12 juin dernier, une lettre de M. l'Inspecteur départemental du travail, relative aux déclarations d'accidents survenus dans le travail, et demandant que les certificats médicaux contiennent, (quand l'accident entraîne plus de quatre jours d'incapacité) le nombre de jours d'incapacité et non pas seulement la date à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

Je vous communique ci-dessous quelques passages de la lettre de M. l'Inspecteur, relatifs aux certificats médicaux :

« J'attire votre attention sur la rédaction du certificat médical qui est d'une très grande importance, « pour l'inspecteur d'abord, et pour le juge de paix, « qui voit s'il doit ou non procéder à l'enquête prescrite par la loi et dans les délais qu'elle a imposés « à ce magistrat.

« De la façon dont sont rédigés les certificats médicaux qui ont servi aux avis 55 et 56 (les certificats « médicaux de ces déclarations ne portaient que la « date du résultat définitif) il est impossible que le « juge puisse savoir s'il y a lieu de procéder à l'enquête.

« Je tiens, à vous rappeler, Monsieur le Maire, que « vous pouvez refuser le certificat médical, lorsque « celui-ci vous paraît incomplet. En cas de refus de « modification, sur avis que vous transmettriez à « mon service, je relèverai une contravention à l'art. « 11 de la loi de 1898 pour défaut de production du « certificat médical.

« Je crois, d'ailleurs, qu'il vous sera facile d'obtenir que MM. les médecins de votre ville apportent toute la précision nécessaire dans l'établissement des dits certificats, en leur rappelant l'extrême importance de cette pièce lorsqu'il s'agit d'incapacité permanente, totale ou partielle.

« Nous savons qu'il est bien difficile de se prononcer sur les suites d'un accident grave, dans un délai très court ; mais alors, s'il y a aggravation ou

« décès,il suffit de déposer un second certificat mé-
« dical constatant cette aggravation ou ce décès, et
« accompagnant une nouvelle déclaration rappelant
« la 1re, etc..... Il pourrait même se produire une 3e
« ou 4e déclaration, par la victime et ses ayants droit,
« conformes ou contradictoires avec celles de l'Indus-
« triel... etc...

« Je vous prie, Monsieur le Maire, d'excuser cette
« longue lettre, inspirée par le désir de faire don-
« ner à une loi ouvrière tout ce qu'elle est suscep-
« tible de fournir à ceux pour lesquels elle fut faite. »

L'Inspecteur départemental,
Signé : X.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Maire de H.

Veinards que nous sommes, qui allons, certainement, grâce à la mentalité administrative actuelle, en découvrir de semblables sinon tous les jours,tout au moins très souvent !

Et nous nous plaignons !

Mais je ne puis argumenter à ce sujet ; je vous laisse le soin de prendre votre part de mon bonheur stupéfait !

Votre bien amicalement dévoué,
Dr R.

L'automobile du praticien.

Beaujeu (Rhône), 13 juin 1904,

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Voulez-vous permettre à un vieil abonné du *Concours*, qui se souvient avec reconnaissance de l'aide que lui a apportée votre journal dans une campagne entreprise avec quelques-uns de ses confrères du voisinage, le Dr Lépine, de Belleville-sur-Saône, entre autres, contre les compagnies d'assurances, de dire,lui aussi, son mot sur la question de l' « automobile médical ».

Comme vous pouvez le voir par la lecture de l'article que je vous envoie, je me place à un point de vue un peu spécial qui n'a, je crois, pas assez été examiné, à savoir : les difficultés qu'a souvent le médecin à trouver dans les environs un mécanicien capable de réparer une machine d'origine étrangère, à se procurer des pièces de rechange sans grande perte de temps, d'où la nécessité pour lui de prendre une voiture appartenant à sa région. J'habite les environs de Lyon et après avoir roulé pendant deux ans avec des machines d'origine parisienne je vous assure que vous ne pouvez vous imaginer combien j'ai eu à souffrir de l'éloignement du constructeur. C'est pour éviter de pareils ennuis aux confrères débutants, que j'ai cru devoir vous envoyer mon article, trop heureux si vous jugez à propos de l'insérer dans votre journal.

Après tant d'encre déjà répandue sur cette question, vous me jugerez peut-être un peu beaucoup « rasoir » de revenir là-dessus ; mais la question me paraît trop importante pour ne pas être envisagée sous toutes ses formes.

Veuillez agréer, etc.

Dr Pardon.

N. D. L. R. Nous nous empresserons de publier en feuilleton l'article de notre confrère. Notre aimable spécialiste, M. le Dr Coup, se fera certainement un plaisir d'échanger ses vues avec M. le Dr Pardon sur le point signalé par ce dernier.

JURISPRUDENCE MEDICALE

Les médecins assermentés.

Il semble que depuis quelque temps, le médecin, à mesure qu'il voit diminuer le nombre de ses malades, soit davantage en butte, du côté des administrations publiques, à des attaques, à des vexations ayant pour effet de diminuer son champ d'action.

Le diplôme que lui confère la Faculté et qui devrait lui laisser le champ libre dans toutes les opérations qui relèvent de ses capacités acquises, et reconnues telles, au prix du reste des plus grands sacrifices, est considéré par certaines administrations comme insuffisant, et cela pour les opérations les plus simples et d'un usage courant. Déjà la Faculté de Médecine de Paris (*alma mater*) ne reconnaît plus la valeur des vaccinations que nous faisons nous-mêmes, ou des certificats que nous délivrons, lorsqu'il s'agit d'étudiants en médecine ou des élèves sages-femmes, au moment de leur inscription à la Faculté ; ils *doivent* tous aller se faire inscrire dans des établissements désignés ; il paraît que là seulement le vaccin est officiellement reconnu bon. Et, de l'avis de tous les praticiens, c'est ce vaccin qui produit les moins bons résultats.

Maintenant, les administrations publiques, ministères, grandes écoles, etc., exigent, lorsqu'il s'agit de demandes de congé, demandes d'emploi et autres demarches, où il est nécessaire d'être informé de l'état de santé de l'impétrant, un certificat signé d'un médecin *assermenté*. On pourrait croire que l'on désigne sous ce nom les médecins qui figurent comme experts sur les listes établies chaque année par les tribunaux Il n'en est rien, car chaque fois qu'un médecin expert est chargé d'une mission, il doit comme tout autre médecin, prêter serment entre les mains du président de la chambre compétente ou du juge d'instruction qui l'a désigné. Acte est dressé de cette prestation de serment.

La Société de médecine légale s'est émue de cette dénomination inconnue et purement administrative. et après intervention des Drs Floquet et Masbrenier et de M. le conseiller Lefuel, elle a reconnu *qu'il n'existait pas de médecins assermentés*. Si quelque préfet a pu, par arrêté, assermenter tel ou tel médecin, il a agi à tort.

Nous pouvons donc tous, malgré les imprimés administratifs qui porteront peut-être encore pendant de longues années la mention de médecins assermentés, délivrer de pareils certificats ; profitons de cette libre pendant qu'il en est temps encore, car il n'est pas dit qu'un jour, sur l'initiative même de ceux qui devraient être nos défenseurs, le diplôme de docteur en médecine sera jugé insuffisant lorsqu'il s'agira de délivrer un certificat à tout employé d'administration ou à tout postulant. En attendant,ne laissons amoindrir aucun de nos droits, revendiquons-les dans leur intégralité, et, nous serrant les coudes, veillons au grain.

Dr H. Kortz.

(In *Guide médical de France.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Institut Pasteur. — M. Roux a été nommé directeur de l'Institut Pasteur en remplacement de M. Duclaux. Les sous-directeurs sont MM. Chamberland et Metchnikoff.

Assemblée générale de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris. — L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris a tenu, le 20 juin, sa 4e assemblée générale semestrielle.

Des questions importantes ont été discutées, notamment celles relatives à la garde facultative des stagiaires dans les hôpitaux, la situation créée par la nouvelle loi militaire aux étudiants en médecine atteints par la limite d'âge et qui vont être rappelés sous les drapeaux.

L'Association corporative, également, proteste contre les mots « notes confidentielles » mis dans la circulaire relative au nouveau mode de recrutement des externes, et a décidé de demander à la

Faculté la suppression des droits de bibliothèque pour les étudiants de 5e année qui ont fini leur scolarité.

Les membres de l'Association s'étaient rendus nombreux à cette réunion, et toutes les décisions prises l'ont été à l'unanimité.

La rémunération pour les cours aux écoles d'infirmières. — Encore une de nos prévisions qui se réalise.

L'année dernière, en parlant de la circulaire Combes qui demandait aux commissions d'hôpital de créer des écoles d'infirmières, nous disions à nos confrères : « Défiez-vous, on va encore chercher à vous faire professer à l'œil, et on vous opposera la gratuité des cours que vous faites si bénévolement et bien à tort dans les sections de la Croix-Rouge ».

Les journaux du Morbihan nous apprennent que cet accident se produit à Lorient en ce moment même. Heureusement nous connaissons la solidarité qui unit nos camarades de cette ville et nous sommes convaincus que nulle félonie ne fissurera cet admirable petit bloc local.

Le dépistage de la tuberculose à l'école. — M. le Dr Grancher a commencé depuis un an, dans les écoles de Paris, avec l'aide de plusieurs de ses élèves les plus distingués, l'examen des enfants au point de vue de la tuberculose. Les premiers résultats qu'il vient de faire connaître donnent un pourcentage de 14 % pour les garçons et de 17 °/° pour les fillettes.

On pourra ainsi, le carnet sanitaire de ces enfants étant dûment établi, surveiller la santé des bien portants pendant leur séjour à l'école, traiter les malades et apprécier les résultats d'un diagnostic et d'un traitement précoces.

« Notre intention, ajoute M. Grancher, n'est pas de borner là notre tâche. Convaincus comme nous le sommes tous de l'utilité de cette œuvre de préservation et d'assistance antituberculeuse à l'école, nous avons commencé l'examen d'une troisième école, et nous continuerons.

Nous continuerons avec l'espoir que le Conseil municipal de la ville de Paris nous aidera à étendre, à généraliser même, à toutes ses écoles, cette recherche, ce dépistage des enfants atteints de tuberculose pulmonaire à l'état naissant.

Nous espérons aussi que la Ville de Paris nous aidera à faire le traitement préventif de ces enfants que la phtisie menace. L'intérêt humanitaire et financier sont ici d'accord pour engager nos édiles à ne pas attendre que la maladie ait progressé. En effet, si l'Assistance publique succombe aujourd'hui sous le fardeau des milliers et milliers de phtisiques qu'elle ne peut secourir, c'est parce qu'elle attend, pour y porter remède, que le mal ait achevé son évolution souterraine.

Mieux vaut aller au-devant de lui, mieux vaut prendre l'offensive que d'attendre, l'arme au pied. En matière de tuberculose, la défensive est une mauvaise tactique, et c'est un acte d'imprévoyance que le budget paiera fort cher ; car il devra, plus tard, dépenser des sommes énormes en faveur des phtisiques avérés, et pour un résultat très médiocre.

Il en serait tout autrement si la Ville et l'Assistance publique mettaient leurs soins à préparer une génération vigoureuse, par l'étroite surveillance de la santé des jeunes écoliers. Là, en effet, par un traitement approprié des enfants suspects ou menacés de phtisie, ou atteints déjà de lésions curables, on obtiendra, pour un minimum de dépenses, un maximum de résultats.

Qui ne connaît la statistique des enfants assistés du département de la Seine !

Ces enfants, pris au hasard dans le milieu social le plus pauvre, le plus misérable, et où la tuberculose latente est assurément très fréquente, deviennent robustes à la campagne et, parvenus à l'adolescence, forment une génération vigoureuse où la tuberculose ne compte que des unités (18 sur 20 000).

C'est quelque chose de semblable qu'il faudrait faire pour les 141 enfants des écoles de la rue de l'Amiral-Roussin et pour tous ceux des autres écoles que nous trouverons atteints de lésions commençantes et fermées.

Car nous n'avons pas l'illusion de croire que le petit repas supplémentaire de poudre de viande et d'huile de foie de morue que nous donnons à ces enfants soit l'idéal du traitement. Nous faisons ce que nous pouvons et ce que nous faisons est un pis-aller, pas davantage.

La Ville de Paris devrait avoir pour tous ces enfants, candidats à la phtisie, déjà bacillifères, et qui sont au nombre présumé de 20 à 25,000, des écoles à la campagne où la vie en plein air, judicieusement associée aux études, guérirait la plupart d'entre eux.

Que si l'assistance et la préservation scolaire paraissent irréalisables sous cette forme, la maison de nos cultivateurs et l'école voisine suffiront, comme elles suffisent aux enfants assistés. »

Le 6e Voyage d'études médicales aura lieu du 3 au 15 septembre 1904. — Il comprendra les stations du Centre et de l'Auvergne, : Néris, Evian, La Bourboule, Le Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Chatel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues — les Sanatoriums de Lamotte-Beuvron et de Durtol — les Stations climatiques de Vic-sur-Cère et du Lioran.

Le V. E. M. de 1904 — comme les cinq précédents — est placé sous la direction scientifique du Docteur Landouzy, Professeur de clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des Conférences sur la Médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration, Lamotte-Beuvron.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Pougues, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lamotte-Beuvron à Pougues, prix à forfait : 250 francs, pour tous les frais ; chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transports des bagages, pourboires.

Pour les Inscriptions et Renseignements, s'adresser au Docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement).

Les Inscriptions sont reçues jusqu'au 15 Août 1904, terme de rigueur.

La puériculture officielle. — Le Ministre de la marine vient d'inviter par circulaire les préfets maritimes à presser l'organisation dans nos ports militaires de « *Gouttes de lait* » système du Pr Ausset (de Lille). Pendant ce temps là d'autres personnages officiels inaugurent des « Nourriceries d'usine » chez les grands industriels ; là les mères allaiteront leurs enfants. Ainsi les deux courants d'opinion qui se combattirent dernièrement au Congrès de Rouen obtiennent égale satisfaction des pouvoirs publics.

La mutualité maternelle. — M. le Dr Barthès, inspecteur du service des enfants du premier âge dans le Gers, membre du Concours Médical, a fait l'autre dimanche, au théâtre d'Auch, une conférence destinée à préparer le terrain en vue de l'organisation dans ce département d'œuvres de mutualité maternelle analogues à celles déjà créées par MM. Pecker, Bernardbeig, Strauss. Ces œuvres que fit connaître notre journal à l'époque où la Société du Concours préparait le projet de révision de la loi Roussel que M. le Prof. Labbé a déposé sur le bureau du Sénat, se sont généralisées, à l'instigation d'un grand nombre de nos confrères, sans que nous ayons eu l'occasion de signaler la naissance de chacune d'elles, et ce nous est une grande satisfaction d'avoir contribué à la vulgarisation rapide de l'idée de M. le Dr Pecker.

Vœu en faveur d'une langue internationale et adhésion au programme de la Délégation pour l'adoption d'une L. I. — Il a été présenté en ces termes par M. le Dr Saquet à la Société médico-chirurgicale de Nantes.

« Messieurs, j'ai l'honneur de soumettre à votre bienveillante attention la question d'un vœu de principe à émettre en faveur d'une langue internationale auxiliaire.

« Tous ceux qui ont assisté à des Congrès internationaux de médecine et ne sont pas polyglottes, ont pu se rendre compte de la difficulté rencontrée pour comprendre les communications des étrangers.

« Le but de la langue internationale n'est pas de supprimer les langues maternelles, mais de les doubler et par là de faciliter à tous l'acquisition et la connaissance des découvertes faites dans le monde entier.

« Depuis l'apparition de l'Esperanto, il est né une trentaine de projets de langue internationale.

« Pour éviter l'éparpillement des forces au hasard des circonstances, il s'est créé à Paris, en 1900, une Société : la Délégation pour l'adoption d'une L. I. auxiliaire qui a pour but de diriger l'effort des inventeurs et de ceux qui en ont besoin sur une langue unique à choisir.

« Pour réaliser cette idée, la Délégation recueille les vœux des principales sociétés savantes, pour les présenter à l'Association internationale des Académies et dans le cas où cette autorité refuserait de s'en occuper, la Délégation se charge du soin de faire aboutir la question.

« J'espère que vous voudrez bien ajouter un vœu favorable en ce sens au nombre de ceux émis déjà par différentes sociétés.

« En ce cas, vous aurez à nommer un Délégué pour vous mettre en relations avec la Société et vous tenir au courant des événements sur la question. »

Le vœu, présenté par M. Saquet, est admis à l'unanimité et M. Saquet est en même temps nommé délégué au Comité pour l'adoption d'une langue internationale.

Le Dr Rodet vient de traduire en Espéranto la brochure du Prof. Fournier intitulée « Pour nos fils quand ils auront 18 ans. »

Facultés et Hôpitaux.

M. Queyrat commencera, le 11 juillet, un cours pratique de diagnostic et de traitement des maladies vénériennes.

Les élèves seront exercés individuellement au diagnostic clinique et bactériologique ainsi qu'aux modes de traitement de ces affections. Les leçons seront terminées le 6 août. Le prix d'inscription est de 60 francs. Pour les heures et le programme s'adresser au laboratoire de M. Queyrat, à l'hôpital Cochin-Ricord, 111, Bd. Port-Royal, tous les jours de 10 h. à midi.

Cours pratiques d'oto-rhino-laryngologie. — Le Dr Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera, le samedi 9 juillet, à 3 heures, son cours d'oto-rhino-laryngologie. Ce cours est essentiellement pratique, comprendra dix leçons et durera trois semaines (examen de malades, petites interventions). S'inscrire les mardi et samedi, de 4 heures à 9 heures à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'hôtel-Dieu. Les droits à verser sont de 50 francs, payables en s'inscrivant. — Le nombre des places est limité.

Modifications dans le régime de l'externat des hôpitaux. — Par un arrêté en date du 17 mai 1904, pris après avis du Conseil de surveillance et approuvé par M. le Préfet de la Seine, les modifications suivantes ont été introduites dans les articles ci-après du Règlement général sur le service de santé des hôpitaux et hospices, savoir :

« Art. 130. — Les élèves externes sont nommés pour deux ans.

« Ils peuvent être prorogés successivement pendant une troisième, une quatrième, une cinquième et une sixième année, par arrêté du Directeur de l'Administration sur le vu de leurs notes confidentielles.

« Art. 159. — Avant l'expiration de chaque année, le Directeur de l'Administration arrête la répartition des élèves entre les divers établissements et services auxquels ils doivent être attachés pendant l'année suivante.

« En vue de cette répartition, chaque année, au mois de mars, les médecins, chirurgiens, accoucheurs, ophtalmologistes et oto-rhino-laryngologistes chefs de service, et, au mois de mai, les pharmaciens, transmettent au Service du Personnel de l'Administration les noms des élèves internes de deuxième, troisième ou quatrième année, et ceux des élèves externes de deuxième, troisième, quatrième, cinquième ou sixième année, qu'ils désirent attacher à leur service pendant l'année suivante.

« Art. 162. — Chaque jour, avant la visite, tous les élèves se présentent au bureau de la direction de l'hôpital et signent la feuille de présence déposée à cet effet à ce bureau.

« Un double de cette feuille est déposé dans chaque service et les élèves doivent également y apposer leur signature.

« Cette deuxième feuille, certifiée par le chef de service, qui peut y mentionner toute observation qu'il juge utile sur l'absence ou la conduite des élèves, est remise au bureau de la direction et envoyée dans la journée au Service du Personnel de l'Administration.

« Le Chef de service doit chaque jour faire l'appel nominal de ses élèves.

« Art. 168. — Les élèves internes en médecine et en pharmacie, qui ont fait un service assidu et régulier pendant leurs quatre années d'exercice, peuvent recevoir une médaille de bronze comme témoignage de la satisfaction de l'Administration.

« Le même témoignage peut être accordé, dans les mêmes conditions, aux élèves externes à la fin de trois années d'exercice.

« Ces médailles sont accordées par le Directeur de l'Administration, sur le vu des notes qui sont délivrées tous les six mois par les chefs de service et par les directeurs des établissements.

« Art. 278. — Dans les concours ayant pour objet le choix des élèves internes ou externes en médecine et des internes en pharmacie, le jury décide s'il existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

« Lorsque, dans les concours pour places d'élèves internes ou externes en médecine, le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury peut dresser une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer au besoin, les titulaires, et qu'il classe dans l'ordre de mérite. Cette liste est destinée à pourvoir, conformément à l'article 159, aux vacances ou remplacements qui peuvent survenir pendant l'année.

« Les élèves externes qui terminent les six années d'exercice fixées par l'article 130 ne peuvent pas être compris dans la liste supplémentaire de l'internat ; ceux qui terminent leurs deux premières années d'externat ne peuvent être compris dans cette liste que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice ; il en est de même des externes qui terminent leur troisième, leur quatrième et leur cinquième année. »

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 28 9 JUILLET 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Lege, quœso !

Certes nous aurions mauvaise grâce à dire que les membres du *Concours* ne lisent pas leur journal. La volumineuse correspondance qui nous arrive, la façon dont on répond à nos appels, la propagande de chaque lecteur près des confrères du voisinage pour les gagner à nos idées, la vulgarisation de celles-ci au sein de toutes les Sociétés médicales, le succès si rapide de toutes nos créations, tout, jusques et y compris ce qui fait le nerf de la guerre, c'est-à-dire l'efficacité de notre publicité constatée par ceux qui en usent, tout, disons-nous, s'élèverait contre un reproche aussi injuste.

Et, pourtant, il se produit quelquefois des anicroches, des malentendus isolés qui prouvent l'éclipse passagère de l'attention de tel ou tel des nôtres et qui ont des conséquences plus ou moins regrettables, surtout si, *pour n'avoir pas lu*, un confrère écouté se met à propager ou (cela se voit) à publier des erreurs grossières.

Donnons quelques exemples significatifs.

Que n'a-t on pas raconté ou écrit sur le *Patronage médical* pour n'avoir pas lu à tête reposée le texte du journal, ou les avis et les circulaires ?

Croirait-on aussi qu'une centaine de confrères n'ont pas encore pris possession de leurs titres de la *Financière médicale* ; que bon nombre d'autres n'ont jamais envoyé leurs coupons ; qu'ils nous laissent ainsi entre les mains des papiers ou de l'argent qui nous embarrassent et que, pour comble, l'un de ceux-là, l'autre jour, dans une réunion médicale nombreuse, posait tout haut, cette abracadabrante question : « *Alors la Financière ne commence pas encore cette année à donner de dividende ?* »

Mais c'est à propos des œuvres de prévoyance surtout que les secrétaires généraux tombent de leur haut à chaque instant, malgré le soin que nous prenons de tout publier avant et après les assemblées : projets, rapports d'actuaires, études préparatoires, et de l'annexer ensuite aux brochures de chaque filiale. C'est ainsi qu'avant l'assemblée extraordinaire de l'Amicale qui vient de créer la combinaison C, un groupe de confrères de Lyon, qui n'avait lu ni le numéro 49 de 1903, ni le numéro 15 de 1904, où il était rappelé, comme vote acquis, que « *tout membre admis jusqu'ici à la combinaison B conservait ses droits, et que cette combinaison serait seulement fermée à toute candidature nouvelle* », ce groupe, disons-nous, écrivait au président pour la défense de ces droits acquis que pas une voix n'avait attaqués ! Mais ce n'est pas tout. Ces mêmes confrères, s'ils avaient ensuite lu le compte-rendu de l'Assemblée générale du n° 18, auraient vu que ce point *tranché* n'y fut *pas même remis en discussion*. Or, ils viennent de laisser publier dans le *Lyon medical*, sans protester, que l'Amicale, traversant une crise (!), n'est restée fidèle à ses engagements envers eux que grâce à la lettre collective dont nous parlions tout à l'heure !!!

Et voilà où l'on en arrive quand on ne s'est pas donné la peine de lire.

Par malheur, cela porte, ces allégations fantaisistes, et c'est uniquement ce qui nous conduit à les relever.

La preuve, c'est qu'un de nos lecteurs de la région lyonnaise, ému de ce langage, et oubliant, lui aussi, de commencer par relire tout ce qui a

été publié aux numéros 14, 15, 16, 17, 18 de cette année, prétend n'être plus certain : 1° de conserver ses droits à la combinaison B de l'Amicale ; 2° d'avoir une pension à 60 ans par la Caisse des retraites, etc. etc. !!!

Nos amis MM. Delefosse et Mignon vont évidemment se prodiguer encore dans la lutte qu'on leur suscite contre tous ces moulins à vent. Mais ne vaudrait-il pas mieux se renseigner et lire les documents publiés que de créer ainsi de toutes pièces d'épouvantables fantômes et d'en effrayer nos confrères qui vivent en sécurité ?

On peut compter sur nous pour la vigilance nécessaire, car nous n'avons jamais reculé devant les mesures qui s'imposent et que nous sommes placés pour bien apprécier.

Mais nous supplions qu'on lise avant de perdre la tête et de crier au feu, dans une maison qui ne brûlera pas de sitôt, précisément parce qu'elle abrite les prévoyants du Corps médical français.

LA SEMAINE MÉDICALE

La syphilis nerveuse latente.

Un grand nombre d'affections nerveuses, dont les causes paraissent souvent bien obscures, doivent être mises sur le compte de la syphilis plus ou moins latente. M. le Dr Ch. MANTOUX, de Paris, a recherché les stigmates auxquels on peut reconnaître l'origine syphilitique de ces affections et il les a remarquablement indiqués dans sa thèse de doctorat. En voici l'exposé tout au long dans ses conclusions : « Avec de l'attention, dit-il, on arrive à déceler des troubles pupillaires, des troubles des réflexes tendineux et du réflexe cutané plantaire, de la lymphocytose céphalo-rachidienne.

Les *troubles pupillaires* sont : de l'irrégularité de l'orifice pupillaire, et des troubles réflexes.

L'*irrégularité pupillaire*, indice d'une asynergie de l'innervation irienne, est étroitement liée aux troubles réflexes ; elle peut les précéder et en faire prévoir l'apparition.

Les *troubles réflexes* peuvent affecter isolément le réflexe accommodateur et le réflexe photomoteur, ou les atteindre tous deux ; toutes les combinaisons sont possibles, mais la plus fréquente, de beaucoup, est l'abolition ou l'atténuation du réflexe lumineux, avec conservation du réflexe accommodatateur : signe d'Argyll-Robertson.

Les troubles des réflexes pupillaires appartiennent à toutes les périodes de syphilis acquise ou héréditaire.

Leur intensité, absolument variable, va de la plus légère atteinte, décelable seulement par des procédés spéciaux, jusqu'à l'abolition absolue.

En règle, les troubles légers s'observent dans les premiers temps de la syphilis et sont fugaces ; les troubles intenses apparaissent beaucoup plus tard, et restent permanents.

Les troubles réflexes s'accompagnent d'une façon presque constante de lymphocytose céphalo-rachidienne ; cette lymphocytose, permanente dans les troubles permanents, paraît temporaire dans les troubles temporaires.

L'*inégalité pupillaire*, lorsqu'elle n'est pas due à des troubles réflexes, ne saurait être imputée à la syphilis.

Les *réflexes tendineux* (achilléens et patellaires) peuvent être, au cours de la syphilis, exaltés d'une façon précoce, exaltés, d'une façon tardive ou abolis.

L'*exaltation précoce*, très fréquente, est contemporaine de la roséole ; elle dure quelques jours seulement, est suivie d'une chute au-dessous de la normale, puis d'un retour à celle-ci.

L'*exaltation tardive* est très rare.

L'*abolition*, rare, est également tardive et permanente.

La recherche du *réflexe plantaire* peut montrer, d'une façon absolument isolée, l'existence du signe de Babinski (extension des orteils).

La *lymphocytose céphalo-rachidienne* appartient à toutes les périodes de la maladie.

Chez les syphilitiques secondaires, elle est très

FEUILLETON

Automobilisme médical.

Partisan convaincu des avantages que la locomotion automobile offre au médecin, j'ai suivi avec intérêt la campagne que certains journaux médicaux et le *Concours* en particulier, ont menée à cet effet. Je rends pleinement hommage au dévouement et à la compétence du Dr Coup, dont les utiles conférences éviteront à nos Confrères bien des ennuis du début ; la voiture Buat qu'il a décrite me paraît convenir absolument au service médical, néanmoins elle a pour moi, comme pour beaucoup d'autres, un défaut, qui, à mon idée, est capital : celui d'avoir un constructeur qui habite à six cents kilomètres de mon domicile. C'est là, en effet, un point sur lequel à ma connaissance, on n'a pas suffisamment attiré l'attention. Or, après trois années d'expérience, je dirais volontiers (qu'on me pardonne cette comparaison un peu risquée) : la surveillance paternelle du constructeur est aussi nécessaire à l'auto qui commence à rouler que l'allaitement maternel à l'enfant qui vient de naître. C'est l'importance extrême que j'attache à cette question qui m'a décidé à demander au *Concours* l'hospitalité pour ces quelques lignes.

Si bien construite en effet que soit votre voiture, il est clair qu'elle aura besoin, et cela peut-être plus souvent dans les premiers temps, je ne dis pas d'une réparation, mais d'une surveillance attentive et d'une « remise au point » (le terme n'est guère français, mais rend ma pensée et sera j'espère compris de tous). Comment ferez-vous, à moins d'être rompus vous-mêmes à tous les secrets de la construction de la voiture et d'être de véritables mécaniciens ? Vous adresserez-vous au constructeur à cinq ou six cents kilomètres de là, ou oserez-vous vous confier au mécanicien du voisinage ? Cruelle énigme ! Alors ! ... alors vous roulerez tant bien que mal jusqu'à la panne prochaine qu'un rien peut-être aurait évitée.

Tout change au contraire si vous avez le constructeur dans le voisinage. Vous aurez vite fait les cinquante ou cent kilomètres qui vous en séparent et votre voiture remise au point sera prête à rouler de nouveau sans que votre confiance en elle ait à être ébranlée. Et en cas d'avaries graves, quelle notable

fréquente (40 0/0) et constitue généralement un symptôme nerveux isolé.

Chez les syphilitiques tertiaires, elle est infiniment plus rare, et s'accompagne presque toujours d'autres symptômes nerveux.

Tous les signes que nous venons d'énumérer : troubles pupillaires, troubles des réflexes tendineux et cutanés plantaires, lymphocytose céphalo-rachidienne, peuvent exister *isolément*, ou former les *combinaisons* les plus variées.

Ils peuvent également *s'associer à d'autres manifestations spécifiques* : la lymphocytose céphalo-rachidienne secondaire marche de pair avec des lésions cutanées intenses ; ses rapports avec la céphalée sont beaucoup moins prouvés. Enfin, l'on a signalé la coexistence d'aortites chroniques avec des troubles des réflexes pupillaires et tendineux (syndrome de Babinski), sans qu'on puisse d'ailleurs rien en conclure, sinon leur origine syphilitique commune.

Les symptômes que nous venons d'énumérer peuvent apporter, au *diagnostic de la syphilis*, un appoint considérable.

L'un d'entre eux, le signe d'Argyll-Robertson, a la valeur, en dehors de quelques affections nerveuses rares, d'un véritable *stigmate* de syphilis ; de même, dans certaines conditions, élimination faite des états morbides connus et caractérisés qui la produisent habituellement, la lymphocytose céphalo-rachidienne de la période secondaire. La signification diagnostique de l'irrégularité pupillaire, de l'abolition des réflexes patellaires et achilléens est moindre, mais encore notable. Celle des autres signes est très faible.

On peut classer les symptômes de la syphilis nerveuse latente et les répartir en deux périodes : *période des réactions passagères* et *période des lésions fixes*.

Les *premières* : lymphocytose secondaire, troubles légers et fugaces des réflexes pupillaires, exagération temporaire des réflexes tendineux, ont comme triple caractère d'être *fréquentes*, *précoces* et *passagères*.

Survenant au moment où l'infection est la plus virulente, elles sont très comparables au point de vue *pathogénique*, d'une part, aux réactions générales qui se produisent dans la syphilis, à une époque à peu près contemporaine ; d'autre part, aux réactions nerveuses qu'on observe au cours d'autres infections.

Leur signification *pronostique* est nulle, et elles ne comportent aucune *indication thérapeutique* particulière.

Les *secondes, lésions fixes*, sont : le signe d'Argyll-Robertson avec la lymphocytose qui l'accompagne, et l'abolition des réflexes tendineux. Ce groupe s'oppose, point par point, au précédent : les symptômes qui le constituent sont, en effet, *rares, tardifs* et *permanents*.

Indices, comme le prouvent certains examens anatomo-pathologiques, d'une localisation fixe sur le système nerveux, menace de tabes ou de paralysie générale, ils comportent une *signification pronostique* très réservée, sauf dans les cas où l'infection est extrêmement ancienne.

Ils nécessitent un *traitement spécifique* intense et prolongé et l'observation d'une hygiène convenable. La valeur de ce traitement, — véritable essai de prophylaxie du tabes et de la paralysie générale, — n'est pas entièrement fixée. Il serait cependant à souhaiter que le médecin qui soigne un syphilitique fasse, à intervalles éloignés, l'examen de ses réflexes, afin de pouvoir l'y soumettre, le cas échéant.

MÉDECINE PRATIQUE

Fausses couches et avortements.

Avec une sorte de prédilection, nous revenons presque chaque année sur cette très grave question qui constitue pour le praticien le péril le plus dangereux et le plus difficile à éviter qu'il rencontre dans toute sa carrière.

Qu'il soit jeune, qu'il soit vieux dans la profession, jamais il ne pourra se croire à l'abri de toute difficulté on de tout ennui, sinon même de tout

---

économie de temps et d'argent ne retirerez-vous pas de ce voisinage !

J'ai eu en mains deux machines d'origine parisienne et j'ai pu me convaincre que l'éloignement du constructeur peut être regardé comme un véritable vice de construction. J'ai donc changé ma façon de faire. J'ai commandé au milieu de l'année dernière à Lyon (dont je suis à environ soixante kilomètres), une voiture qui me sert depuis neuf mois et dont voici la description rapide. On verra qu'elle se rapproche par certains côtés de la voiture Buat du Dr Coup, tout en différant sensiblement par certains détails.

L'empattement est de deux mètres, dimension qui permet à la voiture de passer partout, mais conserve la douceur de marche et la régularité de direction qui manquent souvent aux châssis trop courts.

La caractéristique de la voiture est que le moteur monocylindrique de six chevaux et le changement de vitesse, établis d'un seul bloc, forment un ensemble indéformable dont la masse atténue la trépidation si désagréable souvent dans les voitures à un cylindre. Le changement de vitesse, commandé par un seul levier placé devant le conducteur et ne gênant en rien l'accès de la voiture, comporte trois vitesses et une marche arrière. Le carter des vitesses forme une chambre séparée de celle du volant bien que d'un seul bloc avec le carter du moteur. L'embrayage à friction métallique est enfermé dans le même carter que les vitesses et fonctionne dans l'huile avec une douceur parfaite et sans la moindre usure, ainsi que j'ai pu le constater au bout de neuf mois de service.

Les roues motrices sont commandées par des chaînes ; c'est là ce qui différencie notablement cette voiture du type décrit par le Dr Coup, partisan résolu de la Cardan. Je n'ignore pas les multiples reproches adressés aux chaînes ; pour ma part, et bien qu'ayant roulé dans de fort mauvais chemins (j'habite un pays très accidenté), je déclare que je n'ai jamais eu un seul ennui de ce côté. La seule précaution que je prenne, c'est de les faire nettoyer et graisser à fond tous les deux mois ou même tous les mois durant la mauvaise saison. L'opération est des plus simples et demande environ une demi-heure.

Je trouve d'autre part aux chaînes un très gros avantage : c'est de permettre de changer facilement la multiplication de la voiture par un simple changement de pignons. Cette transformation, des plus simples, demande environ trente à quarante minutes et est très appréciable en pays de montagnes. Suivant que ma voiture est plus ou moins chargée, j'utilise des pignons de grandeur différente, d'où, d'une

soupçon ; l'homme le plus loyal, le plus consciencieux, le plus estimé et le plus estimable. ne peut se vanter, en présence de ce terrible piège, rester à couvert vis à-vis de l'entourage, de la justice ou de la malade elle-même.

Nous avons tous présent à la mémoire le souvenir des accusations calomnieuses et des condamnations infâmes qui frappèrent nombre de nos confrères, victimes de leur bonne foi et de leur pitié humanitaire. Aussi quels résultats ont obtenus les sots personnages qui ont prétendu ramener le corps médical dans le droit chemin, dont il n'avait jamais cessé de suivre la ligne ? Qu'ont-ils obtenu ces intègres défenseurs de la Loi qui, pour rétablir leur crédit ébranlé, ont voulu rabaisser le prestige du corps médical ? La grève des médecins dans les cas d'avortements.

« Comment, se dirent les médecins, nous irions nous exposer aux fatigues, aux veilles, aux ennuis sans nombre (complications, mystères, secret professionnel, accidents syncopaux, mort) du traitement des fausses couches, et tout cela, non seulement sans certitude d'être honorés convenablement, mais encore avec la perspective d'une dénonciation calomnieuse, d'une diffamation, de poursuites judiciaires et même de condamnations irrémédiables, qui nous priveront de notre gagne-pain ? Non, assurément ! chaque fois que l'on viendra nous demander pour une femme quelconque, que nous ne connaissons pas, atteinte de perte utérine plus ou moins abondante, nous ferons répondre que nous n'y sommes pas, qu'on aille chercher quelque sage-femme ou n'importe quel naïf qui acceptera la périlleuse corvée. »

Peut-on approuver cette manière de penser et cette intransigeante résistance ? Evidemment non ! Une telle conduite, un tel refus formel d'agir, alors que la vie de la femme est en danger, ne peut s'appeler qu'une honteuse désertion. Le médecin qui déserte n'est pas plus digne de rester médecin que le soldat qui déserte.

Donc, réprouvons cette indigne fausse route ; mais, si notre sentiment moral, si notre conscience nous ordonne de faire notre devoir, en n'abandonnant pas l'être humain qui souffre, quelque criminelles que soient ses pensées ou sa conduite, nous avons le droit et aussi le devoir de prendre toutes les précautions que nous commandent la prudence et la raison pour mettre à l'abri notre honneur et notre liberté. Ce sont ces précautions que nous allons essayer encore ici de rappeler et de classer pour la plus grande utilité de nos confrères.

I

DIAGNOSTIC EXACT DES CAUSES D'UNE PERTE UTÉRINE.

Le premier point est, naturellement, de faire le diagnostic de la fausse couche, et cela, sans le secours d'aucun interrogatoire, les réponses de la malade pouvant être trompeuses, soit volontairement, soit involontairement. Appelé auprès d'une inconnue qui a une perte utérine, le médecin doit toujours au premier abord penser à une fausse couche, la femme eût-elle 45 ans ou 50 ans, ou, au contraire, fût-elle une jeune fille de 14 ou 15 ans, avec toutes les apparences de la candeur la plus virginale. Mais, la grande habileté est de ne rien laisser paraître de cette idée, ni à l'entourage, ni à la malade : quand on a endormi la vigilance de ceux que pourrait effaroucher la parole imprudente ou brutale, on arrive assez facilement, sous prétexte de rechercher des stigmates d'anémie, à ausculter le cœur, à découvrir les seins, à explorer le ventre et même à pratiquer le toucher vaginal. Au pis aller, en admettant que l'idée préconçue vous ait amené à douter de la vertu d'une jeune fille sage, qui n'a réellement pas une perte d'avortement, mais une perte d'une autre origine, le doigt qui trouve un hymen vierge n'est pas assez brutal pour le rompre de propos délibéré ou même involontairement : il côtoie la barrière naturelle et trouve toujours une utile diversion dans l'orifice anal, qui peut être exploré sans récriminations.

Qu'on nous pardonne cette longue et facétieuse périphrase ! nous tenons surtout à rappeler qu'on a toujours tort de négliger, soi-disant « par pu-

---

part, meilleure utilisation du moteur et par suite garantie de son bon fonctionnement et, d'autre part, gain de vitesse ou de force à volonté. Ma voiture de six chevaux et pesant environ six cents kilos nous a montés, trois personnes et moi, dans un chemin où une de Dion-Bouton de quatre chevaux et demi et pesant moins de quatre cents kilos n'a pu me monter tout seul.

La soupape d'admission est commandée ; elle est placée juste au-dessus de celle d'échappement, qui étant ainsi rafraîchie par les gaz d'admission n'a pas tendance à se gripper, d'où conservation de force.

En outre, le refroidissement à eau est irréprochable, la voiture étant munie à l'avant d'un ventilateur. C'est là une disposition qui devrait trouver sa place dans toutes les voitures monocylindriques, où la vitesse étant en général moindre, le moteur a tendance à chauffer.

J'ajouterai enfin pour terminer que la consommation d'essence est minime. Nous venons d'effectuer à quatre, à travers un pays montagneux, une excursion de trois cent soixante kilomètres, et je ne fais entrer là-dedans que les kilomètres faits sur route ; notre dépense d'essence a été de trente litres, ce qui met le kilomètre à environ quatre centimes.

On me pardonnera ma longue description, et surtout j'espère qu'il ne viendra à personne l'idée que je veuille opposer ma voiture à celle dont le Dr Coup nous a donné la description dans le *Concours*. Il y a je crois, non pas une voiture, mais un type de voiture médicale, dont nous devons nous rapprocher autant que possible, mais auquel nous ne devons pas craindre d'apporter certaines modifications en raison du pays que nous habitons et des services que nous voulons lui demander.

En outre, notre confrère, le Dr Coup, habite aux environs de Paris et a par suite tout sous la main : aussi ne peut-il pas se faire une idée bien juste des difficultés que nous éprouvons parfois, nous autres praticiens éloignés, à nous procurer les choses les plus simples : j'ai attendu plus de quatre semaines des bougies de Dion-Bouton et plus de cinq semaines un trembleur envoyé à la réparation. Ce sont ces petits ennuis que je voudrais éviter à d'autres et c'est fort d'une expérience de plus de trois années déjà, que je voudrais persuader aux confrères décidés à tâter de l'auto, ce en quoi je les approuve, ces deux vérités dont je suis pénétré : achetez du bon, achetez le plus près possible, le bien qu'on a sous la main étant, à mon idée, préférable au mieux qu'il faut aller chercher loin.

Dr F.-V. PARDON.
Beaujeu (Rhône).

deur » l'examen local de l'utérus d'une femme qui perd. L'augmentation de volume, le poids plus considérable de l'utérus, la consistance mollasse, l'orifice grandement entr'ouvert du col utérin, la régularité et l'intensité des contractions douloureuses, les modifications apparentes de la peau de l'hypogastre et des cuisses (varicosités, vergetures, etc.) sont autant de signes qui dispensent de tout interrogatoire.

Il faut être aussi très curieux et très « sans gêne » et ne pas manquer d'examiner de près le sang expulsé, les linges souillés de caillots, les caillots eux-mêmes. Cela est de première importance, quand on a la bonne chance que la femme ne les ait pas encore fait disparaître.

Si la fausse couche n'est pas encore faite, ou tout au moins, si l'on a tout lieu de le croire, d'après la largeur de l'orifice cervical et le poids de l'utérus, on prescrira le repos absolu horizontal, les lavements au laudanum ou au chloral, les compresses chloroformées et laudanisées sur le ventre, et une préparation composée de

Teinture de viburnum prunifolium 5 gr.
Teinture d'hydrastis canadensis 5 gr.

six à dix gouttes toutes les deux ou trois heures.

Une injection hypodermique de morphine à la dose d' 1/2 à 1 centigramme est également bien indiquée, si la malade est à jeun. En quelques mots, dits à part à la patiente, on lui fera comprendre qu'on est sans illusions au sujet de son accident et qu'on y voit clair, mais que, si elle le désire, on feindra, même devant son entourage immédiat. d'ignorer la vérité dans l'intérêt de sa réputation. Si elle se révolte et veut paraître scandalisée, même en tête à tête avec le médecin, il n'y a pas à hésiter, il faut exiger la présence d'un autre confrère et choisir celui dont la situation ou la réputation le place au-dessus de toute suspicion, accoucheur des hôpitaux, professeur de faculté, expert près les tribunaux, médecin légiste assermenté, président du syndicat local ou de la société locale, quelles que soient ses amitiés ou ses répugnances personnelles, car il importe avant tout de mettre sa responsabilité à couvert. En présence d'un refus, il faut, si les circonstances le permettent, ordonner par écrit le transfert à l'hôpital, ou faire consigner *par écrit*, devant témoin, le refus obstiné de la malade ou de son entourage. Après cela *seulement*, on pourra continuer les soins si l'humanité l'exige, ou se retirer définitivement, s'il n'y a pas urgence absolue.

Si la fausse couche est accomplie, il faut insister pour examiner les caillots expulsés. Cet examen, en effet, a une double nécessité : 1° il permet d'établir l'âge de l'embryon ou du fœtus ; 2° il renseigne sur le plus ou moins d'intégrité des membranes enveloppantes et par suite sur les reliquats ayant pu rester dans l'utérus.

Le volume et les dimensions mêmes du caillot renfermant l'œuf peuvent renseigner sur l'âge de la fausse couche. Dans le premier mois de la grossesse, la longueur de l'embryon est de *un demi* à *un centimètre* ; au deuxième mois, *deux centimètres* ; au troisième mois, *cinq à dix centimètres* ; au quatrième mois, *douze à quinze centimètres*, et le poids est de 50 grammes ; au cinquième mois, *de vingt à vingt-cinq centimètres*, et le poids d'environ 250 grammes. Au-delà de cet âge, la connaissance des dimensions a moins d'importance que les autres caractères morphologiques du fœtus pour établir son âge :

A 6 mois, il mesure environ 35 cm.
A 7 mois, il mesure 40 cm. }
A 8 mois, il mesure 45 cm. } en moyenne.
A 9 mois, il mesure 50 cm. }

Le volume de l'œuf à un mois est approximativement celui d'un œuf de pigeon.

Au 2e mois, on distingue nettement la tête, qui a un volume important, les yeux, le nez, la bouche ; les sexes ne sont pas encore apparents. Au 3e mois, le placenta est nettement formé ; le volume est celui d'un œuf de dinde. Les organes génitaux externes mâles et femelles sont bien distincts.

A partir du 4e mois, l'embryon devient fœtus ; la forme est nettement humaine, toutes les parties sont bien distinctes, la tête et l'abdomen sont très développés par rapport au reste du tronc et des membres. Le cordon s'insère à peu de distance du bord supérieur du pubis ; à cette période, le fœtus expulsé peut vivre quelques heures.

A cette époque, donc, il importe de considérer le produit de la fausse couche comme un être humain digne de la sépulture et d'en faire la déclaration légale tout en se conformant aux obligations absolues du secret professionnel, comme nous l'indiquerons plus loin. Quoique non viable de par la loi, parce que nos procédés actuels ne nous permettent pas d'entretenir sa vie à cet âge, le fœtus est physiologiquement un garçon ou une fille, qui a droit à un nom, et, par suite, à une déclaration de naissance et de décès avec enterrement par l'administration des Pompes funèbres, et nul n'est autorisé à l'enfouir dans les immondices ou dans les latrines.

A cinq mois, le fœtus commence à avoir des duvets et des ongles, légèrement cornés. Le point d'insertion du cordon sur l'abdomen s'éloigne du pubis.

A six mois, on trouve des cheveux assez abondants, du sébum blanchâtre sur les téguments, une diminution de largeur des fontanelles, un scrotum bien développé, mais vide, un bord libre nettement apparent aux ongles.

A sept mois, la peau est plus épaisse; les ongles atteignent presque l'extrémité des doigts, les testicules sont à l'anneau inguinal.

A huit mois, les formes sont arrondies, les os de la voûte du crâne sont de plus en plus bombés, les ongles recouvrent toute la dernière phalange. L'insertion du cordon est à peu près au niveau de la moitié du corps.

Ainsi donc, quand on a pu recueillir le caillot ou la masse fœtale expulsée, on sait approximativement l'âge de l'enfant et, par suite, l'importance de l'avortement, la gravité du cas, le temps de repos nécessaire, et surtout le volume du délivre, ce qui est capital pour la direction du traitement final.

A partir de 3 mois, il faut rechercher soit dans les caillots, soit dans la cavité utérine, l'existence de ce délivre, dont trop souvent les débris restent inclus dans l'utérus et y déterminent de l'infection puerpérale et de la septicémie. Cette recherche est, le plus souvent. fort difficile ; il est, en effet, fort rare que l'on assiste à la fausse couche, ou que l'on puisse prévenir la malade de bien conserver tout ce qu'elle perdra. La plupart du temps, soit par propreté

un peu précipitée, soit à dessein, et dans le but de faire disparaître les pièces à conviction, la malade a jeté les caillots et le sang dans les cabinets d'aisance ou dans les ordures ménagères, on ne peut donc alors tabler que sur des probabilités.

En tout cas, quand on n'a pas vu les preuves de l'expulsion totale de l'œuf et de son placenta, il faut agir comme si quelques débris étaient restés retenus dans la cavité utérine.

II

Traitement et conduite médico-légale.

Deux questions se posent maintenant ; 1° Que faut il faire à la malade? 2° Que faut-il faire de l'œuf ou du fœtus ? Questions également embarrassantes que nous allons essayer de résoudre.

Les deux indications à remplir pour la malade, c'est d'arrêter ou tout au moins de diminuer l'hémorrhagie, et de lutter contre l'infection puerpérale, qui est d'une extrême fréquence. Pour le premier point, il faut coucher la malade horizontalement, la tête basse, sans oreiller, exiger qu'elle reste au lit tant que l'hémorrhagie ne sera pas complètement arrêtée, quinze jours, vingt jours et plus, s'il le faut, et faire immédiatement des injections d'eau bouillie, à 50 degrés, sans addition d'aucun antiseptique plus ou moins toxique ; la quantité d'eau à injecter peut varier de 2 à 6, et même 10 litres, contenus dans le bock d'Esmarck, élevé d'environ 60 à 75 centimètres au-dessus du niveau de la canule utérine; cette canule sera une canule intra-utérine de Doléris ou autre ; on aura eu soin de bien la flamber à l'alcool et de se désinfecter les mains et les bras au permanganate et au bisulfite. Une fois l'hémorrhagie calmée, on fera le tamponnement intra-utérin avec une longue pince, le spéculum, et des bandelettes longues de 4 ou 5 mètres, larges de 2 centimètres, en mousseline stérilisée, trempées dans de l'eau oxygénée à 10 ou 12 volumes, bien fraîche. Toute la cavité utérine et le vagin seront bourrés de cette façon pour 12, 18 ou 24 heures selon les cas. Surtout, il faut s'abstenir de curetage, d'écouvillonnage et de compression brusque avec la pince intra-utérine, car l'utérus est friable et se crève facilement. Si l'hémorrhagie ne se reproduit pas à travers les bandelettes, on ne change le pansement qu'au bout de 24 heures ; on recommence l'irrigation intra-utérine, que l'on fait soi-même, on retamponne avec des bandelettes, et ainsi de suite pendant, 5, 6, 8 jours s'il le faut. Généralement, cette méthode remplit les deux indications : hémostase et asepsie.

Si l'hémorrhagie est très violente, on comprime l'aorte au niveau de la colonne vertébrale lombaire, et l'on fait une piqûre d'ergotine ; puis, on lave immédiatement la cavité utérine et on la tamponne. Au besoin, on lutte contre les lipothymies et les syncopes par les injections d'éther et de sérum artificiel.

Si l'infection est déclarée, il faut nettoyer l'utérus, dilater au besoin le col au dilatateur Tarnier ou à la laminaire, faire une irrigation aseptique à 50° et tamponner à l'eau oxygénée comme ci-dessus ; mais il faut ajouter le traitement par le collargol en frictions sur les cuisses et le ventre (formule de Netter) et le collargol en injections intra-veineuses (à la saphène interne, prétibiale). Il ne faut pas trop temporiser pour appliquer ce traitement, l'odeur des écoulements vaginaux et la température élevée de 38°5, 39° ou au-dessus suffisent pour bien préciser l'indication.

Généralement, les suites de fausses couches sont très sérieuses et méritent de grands soins, soins locaux intra-utérins, toniques généraux, repos et bains ; au besoin même, on prescrira une cure d'eau minérale calmante et décongestionnante. Il faut retenir et surtout faire pénétrer dans l'esprit de toutes les femmes qu'une fausse couche demande bien plus de soins et bien plus de repos qu'une couche normale.

Passons maintenant au produit de la fausse couche. Le secret professionnel est mis en avant dans cette difficile circonstance plus que dans toute autre. La fausse couche de 1, 2, 3 mois s'accompagne d'une expulsion d'embryon non viable ; une fois la vérification faite de l'âge de l'œuf, on peut, ou bien conserver ce produit dans de l'alcool dénaturé, ou bien avertir l'administration des pompes funèbres à la Mairie pour qu'elle procède à l'enlèvement du débris. Si le secret est formellement exigé par la malade, le médecin doit l'emporter lui-même à la Mairie en déclarant qu'il exige l'anonymat de sa cliente. Si le fœtus a 4, 5 ou 6 mois, le médecin doit en faire la déclaration également à la Mairie et indiquer si le secret est formellement réclamé. Il n'y a pas longtemps qu'une circulaire préfectorale a prescrit aux employés de Mairie de recevoir dans ces conditions les produits d'avortements déposés par les docteurs ou sages femmes, mais cette circulaire existe, en particulier, pour le département de la Seine ; elle est insérée au Bulletin des Sociétés d'arrondissement, année 1903. Quand le produit est transportable, le médecin et la sage-femme doivent en assurer le transport eux-mêmes à la morgue de la Mairie. En tout cas, il n'est jamais permis ni de jeter ou faire jeter l'œuf dans les latrines ou dans les immondices, ni de le sectionner en plusieurs morceaux pour en assurer le transport plus aisé ou la disparition plus facile.

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le Professeur Gaucher.

Hérédo-syphilis des annexes de la peau, des voies respiratoires et du foie.

Je vous ai déjà entretenus, la semaine dernière, de l'hérédo syphilis cutanée secondaire. Je vais aborder aujourd'hui les manifestations viscérales de la syphilis héréditaire mais il me reste à vous exposer auparavant quelques points qui n'ont pu trouver place dans ma précédente leçon ; je veux parler de l'ulcère de l'ombilic et des lésions des annexes de la peau, des ongles et des poils.

L'ulcère syphilitique de l'ombilic est une localisation de l'hérédo-syphilis secondaire signalée par Hutinel. Elle consiste en une ulcération gommeuse apparaissant après la chute du cordon. C'est une infiltration dure, lardacée de l'ombilic, donnant lieu au bout d'un certain temps à une perte de substance qui creuse assez profondément et offre tous les caractères de l'ulcère gommeux. La

lésion est persistante et, habituellement, elle est suivie de la mort du petit malade. Son diagnostic peut être fait grâce aux autres signes de l'hérédo-syphilis secondaire, le coryza, les fissures labiales, les éruptions cutanées.

On a décrit également, dans la syphilis secondaire héréditaire, des lésions des ongles et des poils, des onyxis, des péri-onyxis et des alopécies,que l'on a essayé de rapprocher des onyxis et de la chute des cheveux de l'adulte. Je vais m'expliquer sur ces accidents.

Je ne crois pas que les états morbides qualifiés du nom d'onyxis et péri-onyxis de l'hérédo-syphilis appartiennent réellement à celle-ci. Pour ma part, je ne saurais, d'après eux, porter un tel diagnostic. Retenez toutefois que, chez les hérédo-syphilitiques, on rencontre des lésions unguéales et péri-unguéales semblables à celles que l'on observe chez les enfants cachectiques. J'en dirai autant de l'alopécie car, chez les nouveau-nés,la chute des cheveux est physiologique. Parrot, puis Sevestre, ont signalé une variété spéciale d'alopécie se produisant sous forme de bandes sous les parties postéro-latérale et fronto-pariétale du crâne, qui serait jusqu'à un certain point caractéristique de l'hérédo-syphilis. Eh bien ! je n'oserais pas plus baser un diagnostic sur l'alopécie que sur l'onyxis.

J'arrive maintenant à l'objet principal de ma leçon d'aujourd'hui, à l'étude des manifestations viscérales de l'hérédo-syphilis secondaire. Elles sont plus ou moins fréquentes et toutes ne se rencontrent pas ensemble sur un même sujet. Nous allons en faire la synthèse et les envisager par appareil.

Voyons en premier lieu l'arbre respiratoire, le larynx d'abord. Sans être communes, les manifestations laryngées de l'hérédo-syphilis secondaire ne sont cependant pas aussi rares qu'on l'a cru et dit. Il en existe, au point de vue symptomatique, deux formes différentes : la première, le plus souvent méconnue, concerne des hérédo-syphilitiques âgés de 15 jours, trois semaines, six semaines, qui meurent subitement. On a admis qu'ils succombaient à une asphyxie d'origine mécanique, par coryza postérieur. Le fait est possible, mais il est une autre explication plus habituelle, plus certaine, signalée par divers auteurs, par Ashby, de Manchester, particulièrement : ces nouveau-nés meurent d'asphyxie par spasmes glottiques, avec ou sans convulsions, et à l'autopsie, vous ne découvrez aucune cause apparente, ni cérébrale, ni laryngée. Ici le spasme est toute la maladie.

La deuxième forme d'hérédo-syphilis laryngée secondaire, plus connue que la précédente, s'accompagne, au contraire, de lésions de substratum anatomique. Elle a été étudiée par Mackensie, Fournier, West, Sevestre, etc. Cliniquement, on note, chez le petit malade, des troubles de la phonation et de la respiration, des cris rauques, de la toux, de la dyspnée, du tirage, quelquefois de l'orthopnée ressemblant aux troubles morbides du croup, à tel point que le diagnostic de croup d'emblée a été souvent porté. Anatomiquement, dans tous les cas de ce genre, le larynx offre des altérations macroscopiques évidentes, ulcérations de l'épiglotte, des cordes vocales, périchondrites, qui expliquent le tirage et la mort. Sevestre a relaté une observation intéressante d'Archambault ; elle concerne un petit malade qui mourut, et à l'autopsie duquel on enregistra un ulcère syphilitique sur une corde vocale. Ces accidents sont un peu plus tardifs que les spasmes laryngés dont je parlais tout à l'heure ; ils se voient parfois un, deux, trois mois après la naissance. Il est probable que le début se fait de plus bonne heure mais la symptomatologie n'apparaît qu'à ce moment.

Vous concevez facilement l'intérêt pratique de tels cas, puisqu'il s'agit de manifestations curables par un traitement institué à temps. Il importe donc de savoir faire le diagnostic. Or, le laryncoscope n'est guère applicable chez les nouveau-nés, et objectivement les symptômes sont les mêmes que ceux du croup. C'est la coexistence des autres signes de l'hérédo-syphilis qui servira de guide : quand le masque spécifique est complet, qu'il y a des fissures, des éruptions cutanées, du coryza, le diagnostic est facile, à condition d'y penser, à condition de savoir que l'hérédo-syphilis laryngée peut simuler le croup. L'examen complet de l'enfant, l'interrogatoire des parents vous mettront sur la voie et vous permettront de soupçonner la nature du mal.

La syphilis héréditaire laryngée est une affection grave lorsqu'elle n'est pas traitée à temps. La première forme, le spasme glottique, est toujours mortelle ; la seconde forme, bien qu'accessible à la thérapeutique, a généralement aussi une terminaison fatale. Lorsqu'elle guérit, son pronostic éloigné doit être réservé, car elle laisse après elle des sténoses qui peuvent gêner beaucoup la respiration.

Vous le voyez, pour être rares,les manifestations en question n'en sont pas moins intéressantes.

En descendant l'arbre aérien, nous arrivons aux poumons. Les lésions pulmonaires de l'hérédo-syphilis sont également peu communes. Elles ont été décrites par Depaul, Lorrain et Robin, Virchow, Parrot, Balzer, et je vais essayer de les résumer le plus simplement possible. Pour ceux qui ne considèrent que le côté purement clinique, il y a peu de chose à dire sur l'hérédo-syphilis pulmonaire. Ou bien elle tue l'enfant dans l'utérus et aussitôt après la naissance, ou bien, si elle se montre chez un nouveau-né vivant, elle donne des signes de broncho-pneumonie banale.

A l'autopsie de ces enfants, on trouve d'abord des gommes syphilitiques, dures ou ramollies, qui infiltrent en plus ou moins grand nombre le parenchyme pulmonaire. Ce que l'on trouve surtout, c'est une broncho-pneumonie spéciale dont il existe deux types principaux : le premier, dit de splénisation ou de broncho-pneumonie à noyaux disséminés avec prolifération des parois alvéolaires ; le second, dit d'hépatisation blanche (pneumonie blanche de Virchow).

L'aspect du poumon malade, dans le premier type, change un peu selon que l'enfant a respiré ou non. Si l'enfant est mort-né, vous voyez le parenchyme pulmonaire rose ou violet, de nuance hortensia et de consistance dure, dans sa totalité ; c'est la splénisation. Si, au contraire, les enfants ont respiré, vous apercevez des noyaux de volume variable, grisâtres, ressemblant à la broncho-pneumonie subaiguë. A l'examen histologique, vous notez, fait capital, l'épaississement des cloisons alvéolaires et la prolifération du

★

tissu conjonctif interstitiel, l'élément catarrhal demeurant secondaire. Le diagnostic est facile par le microscope, mais difficile à l'œil nu.

Le deuxième type de pneumopathie syphilitique héréditaire a été entrevu par Devergie et étudié par Lorrain et Ch. Robin, puis par Virchow, qui lui donna le nom de : « pneumonie blanche ».

Il s'observe également chez les morts-nés et chez les enfants ayant respiré. Il est caractérisé par la présence de noyaux d'induration disséminés dans le parenchyme pulmonaire, surtout à sa superficie. A la coupe, ils apparaissent d'une teinte blanc-rosé, saumon, quelquefois gris-blanchâtre, avec des cloisons alvéolaires fibreuses et épaisses. Cet aspect lui a fait donner le nom de pneumonia alba. Cette lésion est véritablement pathognomonique et elle ne ressemble à rien autre chose.

Il serait assez naturel avec ces altérations pulmonaires d'observer des infiltrations ganglionnaires. Chose remarquable, les ganglions sont peu atteints et, d'ailleurs, les adénopathies sont, d'une manière générale, minimes dans l'hérédo-syphilis.

Comme annexe des voies respiratoires, je citerai le thymus. Certains auteurs ont décrit des lésions de cet organe ; Paul Dubois a signalé des suppurations ayant ce siège. A propos d'elles, je ferai la même remarque qu'à propos des syphilides unguéales. Il peut y avoir chez les enfants des lésions banales du thymus associées ou non à l'hérédo-syphilis.

J'arrive ensuite à un autre organe beaucoup plus fréquemment atteint, le foie. Ses altérations morbides sont beaucoup plus importantes, car il est presque toujours lésé dans l'hérédo-syphilis et il est de règle de rechercher l'hypertrophie hépatique chez tout enfant soupçonné de cette maladie.

Les lésions du foie ont été décrites depuis longtemps par Gubler (1847), par Trousseau, Parrot, Diday, Lancereaux et Hudelo. Je vais esquisser leur histoire d'après les travaux dont je viens de donner la liste.

La symptomatologie est élémentaire. A part l'augmentation de volume du foie, nous ne trouvons rien de précis. D'ailleurs, de même que les états pathologiques pulmonaires simulent les broncho-pneumonies vulgaires, de même l'hypertrophie hérédo-syphilitique du foie ressemble à toutes les autres hypertrophies de cet organe. La symptomatologie est d'autant plus vague que les petits malades succombent rapidement et que, d'autre part, les signes propres aux altérations hépatiques se trouvent confondus au milieu de tous les autres symptômes de cachexie. On peut cependant distinguer deux variétés cliniques :

La première est une sorte d'hépatite diffuse analogue à l'ictère grave avec hémorrhagies, hypertrophie du foie, dilatation des veines sous-cutanées, ictère peu marqué. Cette forme. spéciale aux nouveau nés, est assez rare et habituellement méconnue, car elle se confond avec les autres troubles cachectiques généraux.

La deuxième variété est plus tardive. Elle se voit au moment des efflorescences cutanées, avec le coryza, au cours du premier ou du second mois. Elle détermine des phénomènes cachectiques, de la dyspepsie, de la diarrhée, des vomissements, du ballonnement du ventre, un foie énorme, douloureux à la pression et à la palpation, une rate également hypertrophiée et très volumineuse.

C'est une sorte de cirrhose hypertrophique sans ictère, à début péri-vasculaire. C'est une affection sérieuse, entraînant rapidement l'amaigrissement de l'enfant, moins grave toutefois que les troubles pulmonaires ou intestinaux, offrant encore une certaine espérance de guérison.

Les lésions anatomiques observées ici dérivent toutes, d'une manière générale, de la congestion primitive, de l'hépatite interstitielle. Elles commencent par la prolifération embryonnaire et vont jusqu'aux productions gommeuses. Les trois variétés anatomiques qu'elles engendrent ne sont que des degrés différents de l'hépatite interstitielle.

La lésion débute autour des ramifications de la veine porte par une prolifération aboutissant à une agglomération de cellules et d'éléments conjonctifs : c'est le foie silex de Gubler, foie jaune, ressemblant à de la pierre à fusil, hypertrophié, dur, élastique, difficile à couper. Parfois, l'altération est partielle, répandue en îlots jaunâtres, tranchant sur les parties voisines normales. Sur le fond jaunâtre on aperçoit un certain nombre de points blancs, opaques, semis plus ou moins abondant répandu sur une étendue variable du parenchyme. Gubler les compare à des grains de semoule: ce sont des petites infiltrations gommeuses, des syphilomes miliaires, deuxième étape de la lésion hépatique.

La troisième étape est l'hépatite gommeuse, les grosses gommes dues à la coalescence de ces petits syphilomes. En même temps, certains éléments subissent une évolution fibreuse, scléreuse. Ce mélange de scléro-gomme a la même origine conjonctive et embryonnaire.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Nouvelles remarques sur l'anesthésie médullaire.

C'est en 1899 que Bier relata ses premières opérations, pratiquées sous l'anesthésie médullaire. On ne prêta tout d'abord pas grande attention en Allemagne à cette innovation, car Bier lui-même estimait qu'elle n'était pas encore suffisamment perfectionnée pour entrer dans le domaine de la pratique générale. Il n'en fut pas ainsi en France et en Amérique : la nouvelle méthode fut accueillie avec grand enthousiasme, et regardée aussitôt comme une des plus grandes découvertes de la chirurgie ; elle devint le sujet de nombreux travaux. Mais peu à peu cet engouement premier diminua ; on se rendit compte de l'imperfection de la méthode, et l'on comprit les restrictions, formulées dès le début par Bier. L'anesthésie locale ne doit en principe être préférée à la narcose générale que si elle n'en a ni les dangers, ni les inconvénients ; or, ce n'était pas le cas de la méthode lombaire, et point n'était besoin de faire des milliers d'essais, pour arriver aux conclusions, posées par Bier dès la huitième opération, à savoir que le procédé, sous sa forme première, n'était pas utilisable pour la pratique générale, qu'il était seulement un procédé d'exception. Pour recevoir une application plus

étendue, il devait être perfectionné ; ses dangers devaient devenir moins grands que ceux de l'anesthésie générale.

Dès le début, Bier et ses élèves ont cherché à réaliser ces perfectionnements. A l'heure actuelle, l'anesthésie médullaire reste une méthode encore imparfaite, mais elle est devenue suffisamment pratique et utilisable pour pouvoir être, dans certains cas difficiles, préférée à d'autres modes d'anesthésie.

Les inconvénients que présentaient ce procédé, consistaient en malaises ; paresthésies des jambes ; vomissements ; céphalée souvent persistante ; frissons et fièvre ; sensation de chaleur ; soif et dyspnée ; transpiration ; troubles nerveux allant jusqu'au délire, aux accès maniaques, crampes ; raideur de la nuque ; paralysies musculaires et ataxie ; rétention d'urine ; les dangers les plus grands étaient des troubles de la respiration et de la circulation, le collapsus, le coma et même la mort.

Ces phénomènes paraissaient dus à l'ascension, vers la partie supérieure de la moelle et vers le cerveau, du corps toxique employé : c'est là qu'il fallait chercher à réaliser une amélioration. On devait s'efforcer de localiser la cocaïne à son lieu d'action, ou bien d'injecter en même temps qu'elle un contre-poison. Le premier essai échoua.

Seule, l'administration d'extrait des capsules surrénales permit de localiser l'action de la cocaïne aux régions où l'on ne pouvait réaliser une anémie artificielle. Des oculistes avaient démontré, les premiers, que l'addition d'adrénaline, non seulement renforçait l'anesthésie de la cocaïne, mais encore diminuait sensiblement la toxicité ; et Braun établit qu'il était possible d'utiliser ces propriétés dans l'anesthésie médullaire ; l'adrénaline réalisait une forte anémie, renforçait en même temps l'action anesthésique locale de la cocaïne, et surtout elle empêchait sa résorption par le torrent sanguin, par suite l'intoxication. Cependant, il faut le remarquer, dans la méthode lombaire, le poison est mis directement en contact avec le système nerveux central, et il n'est pas prouvé qu'il produise au niveau de la moelle lombaire une anémie aussi rapide qu'en oculistique. La seule chose que nous sachions, c'est que l'adrénaline élève la pression sanguine, tandis que la cocaïne l'abaisse fortement quand elle est injectée dans le cul-de-sac lombaire, et produit souvent le collapsus.

Donitz demanda la vérification de ces faits à l'expérimentation animale. Il démontra ainsi que l'adrénaline, même injectée dans le sac lombaire, diminuait, comme dans les autres régions de l'organisme, la toxicité de la cocaïne. L'injection lombaire d'adrénaline-cocaïne fut alors essayée sur l'homme, mais avec beaucoup de prudence, et la méthode ne fut tout d'abord employée que chez des patients pour lesquels la narcose générale pouvait être dangereuse. Les résultats furent tous bons sans aucune exception ; et dès lors il fût permis d'employer cette méthode sur une plus grande échelle.

L'adrénaline fut utilisée dans l'anesthésie médullaire pour 121 patients dans la clinique de *Bier* et *Donitz* (*Münch. med. Woch.*, 1904, n° 14). Comme anesthésique, on employa uniquement la cocaïne, car Bier, après de nombreuses recherches, avait établi que c'était encore le médicament le meilleur et le plus digne de confiance. Dans 50 cas, on se servit de l'adrénaline, dans 65 de la suprarénine.

La cocaïne et l'adrénaline étaient employées de la façon suivante. Après la ponction lombaire de Quincke et l'issue du liquide cérébrospinal, on injectait un centimètre cube d'une solution d'adrénaline au millième. L'aiguille restait en place ; on y laissait adaptée la seringue pour empêcher l'issue de liquide. Cinq minutes après cette première opération, on injectait avec une deuxième seringue 0,005 à 0,02 ctgr. de cocaïne à 1 %. Au bout de dix minutes on opérait.

Les interventions furent les suivantes : opérations sur les parties molles de la jambe (11), fractures compliquées (4), résections du genou (4), extirpations de varices (6), hémorrhoïdes (6), résection du rectum (3), fistules rectales (2), organes génitaux (4), hernie inguinale (1), hernie ombilicale (1), abcès périnéphritique (1), etc.

Cinq fois l'anesthésie ne se produisit pas, et il fallut recourir à la narcose générale. Parmi les opérés se trouvèrent des gens très faibles ; c'est ainsi que fut opéré d'un cancer rectal un homme de 69 ans, atteint de myocardite, de vertiges, d'artério-sclérose ; il mourut plus tard d'une complication. L'anesthésie médullaire ainsi modifiée permit d'intervenir sans accident, sans affaiblissement notable du pouls, malgré des lésions valvulaires du cœur, des néphrites avec œdèmes généralisés, des lésions artério-scléreuses.

S'il n'y eut pas d'accidents graves, l'anesthésie lombaire s'accompagna dans la moitié des cas de ses manifestations secondaires habituelles. C'étaient des sueurs, des vomissements, des tremblements musculaires pendant l'anesthésie ; après elle, la céphalée, et quelquefois le vomissement. Les maux de tête étaient très fréquents ; ils revêtaient une grande intensité et persistaient souvent huit jours durant. Beaucoup de malades présentaient une légère élévation de la température ; mais ils n'avaient ni la fièvre élevée, ni les frissons de l'ancienne méthode lombaire.

Après l'adrénaline, Bier et Donitz s'adressèrent à la suprarénine pour améliorer le procédé. Ce dernier médicament est moins acide, et par conséquent moins irritant, il est aussi moins cher. La même technique opératoire fut employée, mais jamais on n'injecta moins de 1 centigramme de cocaïne à 1 %.

Les cas traités (au nombre de 65) étaient identiques aux précédents ; six fois l'anesthésie ne se produisit pas. Aucun accident grave ne fut observé. Il y eut les mêmes manifestations secondaires. L'adrénaline et la suprarénine n'offrent donc pas de grandes différences, si ce n'est qu'avec cette dernière les phénomènes d'irritation, la rétention d'urine, et la raideur de la nuque seraient plus rares et moins accentuées.

Quel que soit donc leur mode exact d'action, il semble que les extraits de capsules surrénales soient des antagonistes, qu'ils neutralisent l'action toxique de la cocaïne, et fassent disparaître la plus grande partie des dangers de cette méthode si néfaste auparavant. Ces conclusions ne pourront d'ailleurs être confirmées que par un grand nombre d'observations.

Il n'en est malheureusement pas de même des manifestations secondaires. Bier estime qu'elles sont très diminuées, mais elles n'en existent pas moins, et il s'agirait de savoir si elles sont plus désagréables pour le malade que celles de la

narcose générale. Les auteurs ont interrogé à ce propos un certain nombre de patients ayant subi les deux modes d'anesthésie, mais la plupart préfèrent la méthode lombaire.

Il reste donc à chercher des remèdes qui fassent disparaître ce point faible de l'anesthésie lombaire. L'emploi de solutions isotoniques ne procure aucune amélioration : les résultats sont les mêmes,qu'on emploie des solutions aqueuses ou isotoniques, soit du sang, soit du liquide céphalo-rachidien.

Bref, la méthode de Bier est excellente, car elle permet de pratiquer sans danger des opérations chez des personnes débilitées ; mais si ses inconvénients ne deviennent pas moindres que ceux de l'anesthésie générale, elle restera une *méthode d'exception*.

L'extrait de capsules surrénales semble bien localiser l'action de la cocaïne,car l'anesthésie obtenue remonte beaucoup moins haut qu'avec la cocaïne seule. Aussi, quand il ne s'agit pas seulement d'insensibiliser la région anale, Bier remonte-t-il plus haut, et fait-il sa ponction entre les 2e et 3e vertèbres lombaires.

Plus l'anesthésie doit être étendue, plus il faut de cocaïne : 0.015 à 0.02 cent pour les jambes, et 0.02 centig. pour les régions plus élevées. La dose d'un centigramme ne suffit que pour l'anus et le périnée.

Pour faire remonter plus haut l'anesthésie, Bier employait autrefois de la cocaïne diluée dans de grandes quantités de liquide. Il put de la sorte opérer sans douleur dans la région du bras. Mais il abandonna bientôt cette pratique, car de la sorte les accidents secondaires apparaissaient très intenses, même avec de faibles doses de cocaïne.

Erzbicky, dans le même but, fit élever le bassin du malade après l'injection : il réalisa l'anesthésie au membre supérieur, mais observa de très graves phénomènes d'intoxication. Dans ces temps derniers, Bier et Dönitz ont également eu recours à l'élévation du bassin, et ils en ont obtenu de bons résultats dans la cure radicale de la hernie, dans la décortication du rein, la résection costale ; d'une manière générale on voit, malgré l'emploi de la suprarénine, l'anesthésie remonter beaucoup plus haut que sans élévation du bassin. Par ce procédé, la cocaïne s'élève plus rapidement dans le canal médullaire et, ce qui le prouve, c'est qu'un malade eut un vomissement huit minutes après l'injection. Les auteurs n'ont observé aucun accident grave ; mais ils déclarent eux-mêmes qu'à cet égard leur expérience est trop limitée. D'autres essais sont encore nécessaires pour établir l'innocuité de cet artifice.

En laissant au corps sa position normale, sans élévation du bassin, l'adrénaline limite l'anesthésie à un degré tel qu'il devient presque impossible de faire sans douleur une cure radicale, d'opérer une hydrocèle.

Il faut donc, si l'on emploie l'extrait de capsules surrénales,remonter le point d'injection. Bier et Donitz choisissent l'intervalle qui sépare les 2e et 3e vertèbres lombaires ; ils recommandent la technique suivante :

Le malade est couché sur la table, la partie supérieure de son corps est surélevée par un coussin, de telle sorte que la colonne vertébrale décrive un arc ouvert en haut, et en même temps une courbe à convexité postérieure ; on trace la ligne qui réunit les deux épines iliaques ; celle-ci coupe la crête vertébrale au niveau de la 4e lombaire. On repère avec l'index une apophyse épineuse plus haut, c'est-à-dire l'espace situé entre les 2e et 3e lombaires. A 1 centimètre de la ligne médiane, vers le côté de la table, c'est-à-dire à la face convexe de la colonne vertébrale, on enfonce l'aiguille en la dirigeant en haut et en dedans : on attend que le liquide cérébro-spinal s'écoule ; s'il sort en jet et sous forte pression, il est bon d'en perdre quelques centimètres cubes. Puis on injecte l'extrait de capsules surrénales ; au bout de cinq minutes, pour que ce corps ait le temps d'agir, on injecte la cocaïne avec une autre seringue adaptée à la même aiguille. Dix minutes après, on opère. Ce procédé, apparemment compliqué, est en réalité plus simple et plus facile à mettre en œuvre qu'une narcose générale. En attendant que l'anesthésie se produise on asepsie le champ opératoire.

Tuffier recommande de faire l'injection dans la position assise. C'est là un procédé commode : mais il est préférable pour l'opération et l'asepsie de la région opératoire de faire coucher aussitôt le malade, et d'ailleurs cette technique n'est guère plus difficile.

On emploie l'aiguille de Quincke ; c'est elle qui paraît la meilleure.

Les solutions sont les suivantes : 1/2 cent. cube d'une solution de suprarénine du commerce au millième, diluée dans une égale quantité de solution saline physiologique, le mélange est bouilli peu de temps avant l'injection, 1 centigramme de cocaïne dissous dans 10 cent. cubes de solution saline physiologique, qui aura été stérilisée.

Les alcalis amènent un dépôt de cocaïne dans les aiguilles ; aussi doit-on faire bouillir les seringues dans l'eau, et non pas dans la solution de soude. Les aiguilles seront bouillies dans la solution de soude, puis conservées dans l'alcool, et passées à la solution saline avant l'injection.

Pour éviter autant que possible les accidents secondaires, il est bon d'employer des solutions fraîches de cocaïne et de ne pratiquer l'injection qu'au moment où le liquide cérébro spinal s'écoule à fortes gouttes. Les aiguilles ne doivent pas être pourvues de trop longues pointes, sinon le liquide cérébro-spinal s'écoule alors qu'une partie seulement de la pointe se trouve dans le sac lombaire , et les solutions anesthésiques sont injectées partiellement dans les tissus environnants.

Il faut enfin se rappeler que cette méthode anesthésie non pas la moelle elle-même, mais bien les racines nerveuses à leur point d'émergence, ainsi que tous les faits le prouvent et que l'a bien établi Bier.

La durée de l'anesthésie varie de une demi-heure à deux heures. Bier recommande de laisser manger abondamment et de faire boire le malade avant l'opération ; il lui donne également des boissons pendant l'opération. Après l'anesthésie, il est bon de condamner le patient au lit durant plusieurs jours.

Sur la prophylaxie de l'iodisme.

D'après Lesser, les accidents d'iodisme seraient dus à l'action non pas de l'iode métallique mis en liberté dans le sang, mais de combinaisons al-

calines de ce métal. Il s'agirait alors d'iodalcalisme et non d'iodisme.

La seule préparation iodée capable d'éviter ces accidents serait une combinaison d'iode et d'albumine, l'iodipine, à la condition toutefois qu'elle soit administrée par la voie sous-cutanée et non par la voie buccale : cette particularité s'expliquerait par une résorption exceptionnellement lente de l'iode.

En conséquence, pour éviter l'iodisme, il convient : 1° d'éviter une diffusion rapide des iodures alcalins, en ordonnant les sels iodés incorporés à des véhicules mucilagineux ; 2° de fractionner le plus possible la dose quotidienne, afin que les doses d'iodures alcalins en circulation dans le sang soient toujours minimes ; 3°) d'utiliser la voie rectale, qui permet une résorption moindre ; 4° de prescrire des albuminates iodés, dont la teneur en iode est assez faible ; 5° de faire des injections d'iodipine.

Tuberculose et grossesse.

La grossesse est une complication grave de la tuberculose, d'autant plus grave qu'elle est plus souvent répétée.

Dès qu'une femme tuberculeuse devient enceinte, elle doit être soumise à la surveillance du médecin. Si son affection s'aggrave, l'avortement peut s'imposer, et s'il est indiqué, on le provoque après consultation de deux médecins, et rédaction d'un procès-verbal circonstancié.

Dans les derniers mois de la grossesse, l'accouchement provoqué n'offre aucun avantage sur l'accouchement à terme ; il est au contraire plus dangereux pour la femme. De plus, c'est chose inutile de sacrifier un enfant, qui peut très bien naître et vivre en bon état de santé.

La grossesse étant toujours la cause de fatigues organiques plus grandes, il est nécessaire d'entourer de soins tout particuliers la femme tuberculeuse, au moment de la gestation.

Hahn condamne absolument les idées de Maragliano et Hamburger, qui veulent par principe interrompre toute grossesse chez la femme tuberculeuse.

HYPNOLOGIE

L'alcoolisme et la suggestion hypnotique.

Extrait du procès-verbal de la Société d'hypnologie 21 juin 1904.

La suggestibilité des alcooliques.

M. Berillon. — Les buveurs présentent une suggestibilité extrême. Cependant, au cours du traitement hypnotique, un alcoolique cesse, un beau jour, d'être hypnotisable ; c'est que, ce jour là, il n'était pas à jeun. Dans la pratique, je remets au lendemain ma séance d'hypnotisme, si l'alcoolique a été intempérant pendant la demi-journée qui précède sa venue chez moi. Chez les alcooliques, comme chez les autres malades, j'ai remarqué que la suggestionnabilité était en raison directe de la sociabilité.

La cure actuelle de l'alcoolisme.

M. Legrain. — Il m'arrive de Russie des renseignements très intéressants sur le traitement des alcooliques par l'hypnotisme. Dans les villes de Saint-Pétersbourg, Moscou, Yaroslaw, Kiew, Saratoff, Ekakorinoslav. Astrakhan, ont été créés, depuis quelques années, sous les auspices du gouvernement, des dispensaires ou curatelles où affluent les malades par centaines, où les soins sont gratuits et où l'hypnotisme est sinon le seul, au moins le principal agent thérapeutique. On exige des alcooliques qu'ils désirent sincèrement être guéris et qu'ils s'abstiennent de tout spiritueux pendant la durée du traitement. C'est peut-être leur demander un effort colossal, puisque, le plus souvent, leur volonté est presque anéantie. Il est vrai qu'on les oblige aussi à accepter une surveillance continuelle. Néanmoins, l'hypnotisme reste un moyen extrêmement précieux et efficace dans la cure de l'alcoolisme : il donne, avec une bonne direction mentale, la vigueur nécessaire au maintien de la bonne résolution de ne plus boire. Pour empêcher les rechutes, il faut, bien entendu, les encadrer dans des Sociétés d'abstinence ou de tempérance, afin qu'ils subissent à l'état de veille et d'une manière continue, l'influence heureuse d'un bon milieu.

M. Berillon. — Avec M. Marnay, j'ai déjà opposé à la docilité des buveurs russes l'indocilité des buveurs français En France, la cure des alcooliques est beaucoup plus difficile et beaucoup moins durable qu'en Russie ; c'est que, chez nous, l'alcoolique s'intoxique avec des essences aussi variées que néfastes ; en outre, il accepte rarement de se laisser soigner aussi longtemps qu'il le faudrait pour arriver à une guérison durable.

L'alcoolisme et son traitement par la suggestion hypnotique.

M. Wiazemsky (de Saratow). — L'alcoolisme a presque toujours une origine psychique ; aussi convient-il d'étudier avec soin l'état psychique de chaque malade, pour combattre efficacement le mal. Le traitement de l'alcoolisme par la suggestion doit être long ; s'il est maintenu pendant un an, il donne 92 guérisons pour cent. Si le traitement dure peu, il donne quelquefois des guérisons complètes ; mais, le plus souvent, les récidives surviennent. Les alcooliques sont très suggestionnables et leur guérison est d'autant plus facile qu'ils désirent vivement renoncer à leur funeste habitude. La suggestion est le seul moyen thérapeutique efficace contre l'alcoolisme ; aussi convient-il d'en propager l'application. L'auteur expose ensuite les résultats très satisfaisants qu'il a obtenus depuis quatre ans et qui portent sur 319 malades.

Alcoolique traité avec succès, contre son gré et à son insu, par suggestion, pendant le sommeil naturel.

M. Paul Farez. — Un homme de 25 ans, marié, père de famille, boit chaque jour un litre de vin, plusieurs bocks de bière, du rhum, de l'amer, du vermouth et de l'absinthe. Il est ivre plusieurs fois par semaine. D'ordinaire, son ivresse est calme ; mais quand il a bu plus d'absinthe que de coutume, il se livre à des scènes violentes : il brise des meubles ou des objets de ménage ; il sort le

linge des armoires et le piétine : il injurie grossièrement sa femme, la bat et lui fait faire quelques chutes graves ; l'une d'elles est même suivie d'accouchement prématuré. Son intempérance lui a fait perdre un emploi lucratif ; il est devenu incapable de tout travail et passe ses journées au café. Il refuse de se laisser soigner d'aucune manière. La suggestion pendant le sommeil naturel est instituée à son insu. Les scènes violentes cessent au bout de quelques semaines et l'amélioration s'accentue de mois en mois. Le traitement est long, comme il doit l'être dans tous les cas d'alcoolisme, car la cure ne peut être définitive que si l'on prend le temps de restaurer la volonté. Au bout de dix mois, notre homme est tout à fait guéri ; il ne va plus jamais au café et boit aux repas de la bière légère du Nord ; il est bon, doux, affectueux et travaille avec zèle. Cette guérison persiste depuis trois ans et demi.

En outre de certains alcooliques, il est des obsédés ou des délirants qui, ou bien ne sont pas hypnotisables, ou bien refusent de se laisser soigner. Grâce à la suggestion pendant le sommeil naturel. ils peuvent, les uns et les autres, être traités malgré eux et à leur insu, sans qu'ils résistent en aucune façon. Formulée pendant cet état d'hypotaxie physiologique périodique qu'est le sommeil naturel, la suggestion se montre aussi efficace que si elle s'adressait à un individu profondément hypnotisé.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La Fédération du Prolétariat médical jugée par les Syndicats du Nord.

Maintenant que M. le Dr Verhaëghe a été entendu au sujet de la *Fédération nationale du Prolétariat médical*, la discussion ne saurait être mieux ouverte que par le porte-parole autorisé des Syndicats du Nord et du Pas-de-Calais, M. le Dr G. Lemière, leur secrétaire général, et rédacteur en chef de leur *Bulletin*.

Après avoir intégralement reproduit les documents et les réflexions qu'ils nous avaient suggérées, M. le Dr Lemière s'exprime ainsi :

Nous approuvons absolument l'article de notre confrère, mais il appelle de notre part quelques réflexions en ce qui concerne la Fédération nationale du prolétariat médical de France.

Nous commencerons par remarquer que tous nos lecteurs du Nord seront très surpris d'apprendre, par un journal professionnel de Paris, l'existence d'une nouvelle Fédération dont le siège est à Lille.

Comment, dans un département où exercent plus de 800 médecins, qui compte 12 syndicats médicaux bien vivants et homogènes, réunis en une Fédération qui comprend près de 600 médecins inscrits sur ses contrôles, il se forme un nouveau groupement médical, sans que la plupart de ces confrères, sans qu'aucun des confrères faisant partie de ces syndicats aient été pressentis !

Pourquoi cette nouvelle création ? On ne l'a pas dit nettement,

Nous connaissons un syndicat dissident, l'*Avenir Médical du Nord*, et voilà que les 12 membres de ce syndicat ont déjà des visées plus hautes et veulent créer une Fédération nationale (1).

C'est incontestablement leur droit, mais c'est aussi notre devoir de discuter leurs intentions.

Il aurait paru naturel à tous que nos confrères dissidents, s'ils sont persuadés que la Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais se trompe sur certains points, aient fait des démarches près de celle-ci pour l'amener à adopter leurs idées avant de fonder quelque chose de nouveau.

Nous sommes obligés de déclarer que jamais une telle démarche n'a été tentée.

Nos confrères constatent que la médecine a de plus en plus tendance à perdre son caractère de profession indépendante pour nous mener à la généralisation du médecin fonctionnaire.

C'est là un fait, mais est-il fatal ?

Nous ne le croyons pas, et alors que nous réagissons contre cette tendance, nos confrères la favorisent, l'appellent de leurs vœux, et tentent simplement de hâter cet état de choses en le réglementant à l'avance.

Une preuve formelle que cette socialisation de la médecine n'est pas fatale, c'est que partout, dans les sociétés de secours mutuels qui se multiplient beaucoup, dans les accidents du travail, partout il y a tendance à accepter le libre choix du médecin et le payement à la visite.

Si nous voulons, nous pouvons arriver à obtenir cela dans un avenir plus ou moins rapproché. Nous avouons que c'est un idéal, nos confrères en ont un autre et, sur ce point, ils nous combattent, ils entravent notre action, car ils ne considèrent jamais, dans leurs statuts, l'intérêt du malade, qui exige pour celui-ci le droit de toujours choisir son médecin.

Nous avons été amenés à demander que l'on définisse pour nous le prolétariat médical.

On nous a répondu que le prolétaire est celui qui a un traitement fixe, qui possède une place rétribuée.

Il s'en suit que le médecin qui touche un fixe de 6 à 8.000 francs par an est un prolétaire et a droit à toute la sollicitude de la nouvelle Fédération.

Par contre, le praticien qui fait des visites pour gagner péniblement 3 à 4,000 francs à la fin de son année, celui-ci n'est pas un prolétaire c'est un capitaliste, et la Fédération ne s'intéresse pas à lui.

Il y a autre chose et il faut avoir le courage de le dire.

Nous comprenons qu'un médecin conserve l'entière indépendance de ses idées philosophiques, scientifiques, politiques et religieuses, qu'il les défende en toute occasion ; nous irons même plus loin et nous dirons, d'accord en cela avec la grande majorité de nos confrères, que nous n'aurions aucune confiance dans celui qui abdiquerait quelque chose de ses droits imprescriptibles pour entrer dans une association qui comprend des membres d'opinions diverses.

Mais lorsque l'on veut faire l'union et l'entente, et c'est là la seule force des syndicats médicaux (créer cette cohésion de tous les médecins est leur seul but), lorsque l'on veut faire cela, on laisse à la porte du syndicat les discussions politiques, religieuses, scientifiques, philosophiques, et on se groupe sur le terrain purement professionnel, où tout le monde peut s'entendre.

Le rôle d'un syndicat est précisément d'écarter les questions qui peuvent créer des discussions et des dissentiments et de ne retenir que celles qui peuvent amener l'union et la concorde.

---

(1) Nous n'avons jamais pu connaître le nombre exact des membres du nouveau syndicat l'*Avenir Médical du Nord*, les contrôles en sont tenus secrets, mais nous savons que ce nombre oscille autour de 12. Nous savons, en outre, que ce syndicat accepte ou accepterait les confrères exclus des autres syndicats.

C'est le seul terrain fécond, à notre avis, et il est assez vaste pour grouper toutes les bonnes volontés.

Nous sommes nombreux dans les syndicats médicaux du Nord qui n'avons pas les mêmes tendances politiques, philosophiques et religieuses ; sur ce terrain, nous conservons tous notre liberté d'action la plus complète en dehors du syndicat : nous respectons toutes les convictions sincères et nous savons que le respect du droit et de la liberté du voisin est le garant du respect de notre propre droit et de notre propre liberté.

Cela n'empêche pas que nous ayons les uns pour les autres une mutuelle estime et une confiance réciproque, et nous réclamons pour tous l'application du droit commun sans s'inquiéter des opinions et des idées de chacun.

Nos confrères de la Fédération du Prolétariat médical ont une autre conception du syndicat.

Comme d'autres organismes politiques, ils revendiquent la socialisation des différentes institutions d'ordre sanitaire ; ils rêvent la journée de huit heures, le repos hebdomadaire organisé et obligatoire, les vacances de deux mois pour tout médecin, et enfin, si les statuts ne le disent pas, la lettre d'envoi le dit catégoriquement : pour entrer dans le syndicat il faut être socialiste ; c'est là sans aucun doute, le critérium du syndicat, et c'est pourquoi, malgré nos demandes réitérées, nous n'avions jamais pu savoir quels seraient ceux d'entre nous qui seraient admis dans ce syndicat.

La base de cette Fédération est donc l'organisation politique.

Or, pourquoi ne se fonderait-il pas demain un syndicat radical, un syndicat progressiste, un syndicat libéral, un syndicat monarchiste ou patrie-française, un syndicat catholique, un syndicat franc-maçon et ainsi de suite.

Ce serait la division à l'infini, ce serait l'introduction de la politique partout, ce serait l'émiettement absolu de nos forces.

Que chacun garde son idéal politique et religieux, nous le répétons: c'est un droit et un devoir.

Mais nul n'oserait soutenir que notre pays ne souffre pas de ces divisions intestines, et si chacun conserve son idéal, il n'est pas de bon esprit qui ne rêve de faire régner chez nous un peu plus d'union et un peu plus de concorde.

Qu'on laisse donc la politique de côté partout où cela est possible; ce n'est pas une abdication que nous préconisons, nous serions le premier à la refuser; mais nous demandons que l'on réserve pour d'autres milieux l'étude des questions qui nous divisent et que, dans les syndicats, on reste, conformément à la loi, uniquement sur le terrain professionnel.

Si, dans un avenir lointain, on entrevoit la possibilité de cette utopie, de ne plus nous faire travailler que huit heures par jour, de nous laisser faire nos nuits complètes, qu'on ne se laisse pas tromper par ce mirage, et qu'on se rappelle que le *Concours Médical* a déjà donné aux médecins des avantages autrement précieux et autrement palpables, quand ce ne serait que l'indemnité de maladie et la retraite assurée à 60 ans.

Il n'a pu atteindre ce but qu'en laissant de côté la politique qui divise ; suivons cet exemple dans nos syndicats. Dr G. Lemière.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Pour la création d'un syndicat dans le Gers.

Les dévoués du Concours médical *continuent toujours de faire preuve d'initiative dans l'organisation de la défense professionnelle, ainsi que le prouve la circulaire suivante :*

Mon cher Confrère,

Vous savez, sans doute, que la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite n'est pas toujours appliquée d'une manière parfaite dans le Gers.

Trop souvent, c'est à nos dépens que les municipalités cherchent à acquérir une facile réputation de philanthropie; on allonge la liste des indigents, suivant les nécessités électorales, et au médecin, qui a toute la peine et toute la responsabilité, on n'offre qu'un salaire dérisoire.

Pour lutter contre tous ces abus, les médecins de la plupart des départements ont organisé des syndicats de défense médicale.

Nous venons vous proposer de suivre cet exemple.

Dans un département voisin, dans le Lot-et-Garonne, tous les médecins, au nombre de cent vingt-six, sont depuis un an groupés en syndicat.

M. de Gaulejac, d'Agen, à la dernière Assemblée générale de l'Association des Médecins de France, a rappelé comment cette entreprise a pu être réalisée, à propos de la question de l'Assistance médicale. Voici ses propres paroles :

« Le docteur Baches, qui exerce à Sos, sur les confins des Landes, réunit un jour quelques confrères amis et leur dit : « Nous avons toujours « soigné les indigents par pure philanthropie ; « une loi nouvelle, non encore appliquée dans « notre département, accorde des honoraires aux « médecins pour ce service. Ces honoraires, réclamons-les et versons-les dans une bourse commune qui servira à assurer à chacun de nous « une modeste retraite lorsque l'heure du repos « aura sonné. »

« Ce projet parut si séduisant qu'il fut soumis à un referendum ouvert à tout le corps médical du Lot-et-Garonne.

« Etrange résultat, fait peut-être unique depuis que l'on consulte des médecins, ce fut à l'unanimité que les cent vingt-six médecins agenais acceptèrent le projet. Une commission fut aussitôt nommée pour permettre de lui donner une sanction pratique.

« Les principes qui guidèrent la commission dans ses travaux furent les suivants : « *Chaque médecin devait s'engager à assurer le service de l'Assistance médicale gratuite dans toute l'étendue de la circonscription où se trouvait sa clientèle ordinaire, en partageant le travail, aussi équitablement que possible, dans les circonscriptions où exercent plusieurs médecins.*

« Les médecins chargés du service devaient abandonner tous les honoraires qui pouvaient leur être dus pour ce service. Ces honoraires, centralisés dans la caisse d'une société de secours mutuels, devaient servir à créer une **caisse de retraite** ; mais, voulant faire une œuvre plus généreuse que financière, la commission décida que, dès le début du fonctionnement de la société, *les confrères âgés de plus de soixante ans toucheraient, sinon une pension de retraite, du moins une allocation annuelle renouvelable.* »

Pour faire aboutir ce projet, la commission organisa un syndicat composé de tous les médecins du département. De démarches furent faites auprès des pouvoirs publics : on obtint les autorisations nécessaires de la préfecture et du Conseil

général, et, le 22 octobre 1903, le syndicat médical du Lot-et-Garonne fut définitivement constitué avec sa caisse de retraite et de prévoyance. Chaque année, le Conseil général du Lot-et-Garonne vote au budget de l'Assistance médicale une somme de 50.000 francs qui est versée dans la caisse du syndicat.

Les médecins, de leur côté, soignent gratuitement les indigents. Mais à l'âge de 60 ans **ils auront droit** à une retraite de 1.200 fr.

En 1903, dès la création de la caisse, tous les médecins exerçant dans le Lot-et-Garonne ont été admis sans condition d'âge. Ceux qui avaient soixante ans ont immédiatement touché une pension proportionnelle aux ressources du syndicat.

« A partir de 1904 il faut demander son admission avant l'âge de quarante ans, pour jouir de tous les avantages offerts par la Société. »

En outre, on a créé, toujours avec les mêmes ressources, une caisse de veuves, d'orphelins et de malades.

Par les donations, les cotisations des membres et enfin par l'annuité du Conseil général (50.000 francs), le syndicat est appelé à une grande prospérité financière.

D'ailleurs, les avantages ne sont pas purement pécuniaires : le syndicat peut rendre de grands services dans les cas de conflit avec les municipalités, les sociétés de secours mutuels, etc. — Si le nombre des assistés devenait trop considérable, le bureau du syndicat adresserait ses réclamations au Préfet, et il aurait quelques chances d'obtenir gain de cause.

Il n'en est plus ainsi quand un médecin isolé cherche à se faire rendre justice par l'Administration. Certains de nos confrères de la Sarthe viennent d'en faire l'expérience à leur détriment.

Nous avons appris qu'un syndicat analogue existe dans l'arrondissement de Cahors, et pareil syndicat vient d'être organisé dans les Landes.

Nous croyons qu'une pareille organisation serait très utile dans le Gers.

Par ce syndicat, nous pourrions faire respecter davantage notre profession, obtenir des communes et du département une indemnité plus équitable, et par *la création d'une retraite nous aurions dans notre vieillesse l'espoir de quelque repos.*

Nous vous prions, mon cher Confrère, de bien vouloir nous faire connaître votre avis à ce sujet.

Si vous n'approuvez pas nos idées, veuillez bien nous communiquer les raisons pour lesquelles vous hésitez, et si, comme nous l'espérons, vous êtes convaincu de l'utilité de ce syndicat, envoyez-nous rapidement votre adhésion. Vous n'aurez qu'à répondre au questionnaire suivant et à envoyer votre lettre à M. le docteur Dansan à Auch :

1° *Etes-vous d'avis d'organiser dans le Gers un syndicat de médecins comme dans le Lot-et-Garonne?*

2° *Quelle est votre opinion sur le fonctionnement de l'Assistance médicale gratuite dans ce dernier département ?*

3° *Avec les revenus de l'assistance médicale voudriez-vous créer une caisse de retraite pour les médecins du Gers ?*

Recevez, mon cher confrère, l'assurance de nos sentiments de haute confraternité.

Les Membres de la Commission nommée à l'Assemblée du 28 avril 1904, pour la constitution d'un syndicat,

Docteurs Barthès, Dansan, Druilhet, Lagardère Dieuzaide, De Sardac, Cavabé, Mulé, Lacoste, Ortholan.

CORRESPONDANCE

La Fédération du Prolétariat médical.

Mon cher Jeanne,

Tiens ! c'est vrai ! Pourquoi donc le *Concours* ne ferait-il pas un peu de politique. — Que diable ! la liberté de la presse est la seule liberté intangible.

Le médecin-prolétaire, salarié à l'heure (1), vaut bien en somme le médecin-fonctionnaire. Il vaut même beaucoup plus .... pour lui-même, mais non pour le client ! Quant au médecin-libre (*un jaune* sans doute), comme Diverneresse, il n'en faut point parler.

Il est bon, Diverneresse ! Où ira-t-il chercher, lui, *deux* mois de vacances assurés ? où le repos hebdomadaire ? où les trois-huit ?

Les trois-huit ! voilà le rêve : quarante-huit heures par semaine. En arrangeant ça gentiment, on pourrait lâcher le turbin le samedi à midi pour ne repiquer au truc que le lundi vers dix heures ..... du matin.

Les malades, direz-vous ? Les malades ! foutaise, mon bon ! Que diable, on sait son affaire ; on mettra des hommes de garde, un sur cinq, par exemple !

Et en avant la musique ; quand M. Verhaeghe embauchera, faites-le moi savoir, je ne demande qu'à marcher .... moyennant quelques petites garanties.

C'est que, voyez-vous, je suis dès longtemps socialiste : il faut bien marcher avec son temps ; — mais je vois bien que je n'étais qu'un social-Lucullus.

Je n'avais pas songé au Prolo-médecin : on ne pense pas à tout. Et il y avait des choses qui me chiffonnaient

Ainsi, la grève des ouvriers boulangers de Brest — qui ne veulent point cuire la nuit — et qui nous imposent le pain rassis, cher aux mauvais estomacs. Mon *socialisme* était perplexe : c'est dur de travailler la nuit, incontestablement. Qui travaille la nuit a droit à une haute paye : c'est juste ! à une retraite précoce et confortable, en échange du sacrifice fait des dites nuits, en échange de la vie anormale.

Repos hebdomadaire ou autre, vacances (deux mois !) régulières et prolongées : soit !

Mais sapristi, j'aime le pain frais et quelques autres avec moi — *et je voudrais bien que*, dans la querelle entre producteurs réels et patrons-exploiteurs, *on songeât un peu au client* : en l'espèce ce bon client c'est *Monsieur Prolo* lui-même.

Dans une autre espèce, c'est encore le *client prolo* qui va écoper — et personne n'a l'air d'y penser. Je veux parler de la grève des employés des tramways (Est, Nord, Ouest ou Sud ? Je ne sais plus).

Le travail ne doit pas dépasser soixante (2) heures par semaine, avec un repos **ininterrompu** de *n* heures chaque jour, de *n* heures chaque quinzaine, etc., etc. ! — et je veux gagner, au moins, quatre francs cinquante par jour !

Il faut que l'employeur règle les choses sur ce pied pour satisfaire prolo-employé. Tant pis pour le dividende : ça, je suis d'accord, n'étant pas actionnaire ; j'ai adopté cette position de non-capitaliste pour n'avoir point à me débattre entre mes intérêts personnels et mes opinions socialistes .... et

---

(1) *Concours* n° 24, 1904, pages 378 et seq.

(2) Chiffre non garanti !

aussi parce que je n'ai pas de capitaux, *probablement* !

Seulement, j'habitais Aubervilliers et j'avais des clients prolo, très prolo, hélas! qui sont aussi clients des tramways et qui la trouvent mauvaise. Quand on pouvait interrompre les *n* heures de repos quotidien de ces Messieurs des tramways, nous avions, dès la prime heure matinale, des voitures pour Paris ; de neuf à onze, repos relatif ; de onze heures à une heure, voitures un peu plus nombreuses, à la demande de quelques fortunes prolo qui pouvaient rentrer déjeuner chez bibi ; de une heure à cinq, voitures plus rares ; de cinq à huit grand tralala, tout le monde sur la voie, tout le matériel en route, pour satisfaire les clients prolos jaloux de ménager leurs prolétariennes semelles et leurs pauvres jambes fatiguées.

Alors, voilà! nous ne trouvons pas juste du tout que les prolétaires fonctionnaires des tramways n'aient point songé un peu à nous — qui avons besoin desdits tramways pour soulager nos misères, notre fatigue ; pour nous permettre de nous loger à meilleur compte ; — de songer à nous de qui vivent peut-être les actionnaires de la Compagnie, mais certainement (quoique fort mal) les employés de cette Compagnie.

Dans le conflit entre le capital employeur et le travail (dupé trop souvent), il faudrait peut-être penser quelquefois au consommateur qui est tout autant, et même plus, prolétaire que l'agent-travail.

Je crois que les prolétaires-médecins Lillois oublient *ce client* à l'égal de quelques déontologues-médecins, aussi bien qu'à l'instar des boulangers de Brest et de Messieurs des tramways.

Que chacun défende les intérêts de sa profession, même par la grève, je le veux. Encore faut-il penser qu'il y a une limite à cette défense : c'est le conflit avec les intérêts du consommateur qui marque cette limite. J'ai lu cela quelque part : « La liberté de chacun cesse où commence celle du prochain. »

Or mon prochain a besoin, moralement et matériellement, de moi, à des heures qui n'ont rien à voir avec les trois-huit (même à l'hôpital, Messieurs de Lille !), ni avec le repos continu de dix heures par jour au moins, ni avec les vacances certaines (de deux mois et même moins !). C'est, des fois, en été, et, des fois, en hiver ! Souvent le jour quand mon client veut bien penser un peu à ma vie de chien, mais quelquefois la nuit quoiqu'il en ait !

Et comme je suis altruiste, drôle d'idée ! je marche ; mais quitte à grogner très fort quand je vois qu'on abuse, jamais, au grand jamais, je n'invoquerai les lois protectrices du travail. Je veux bien être *socialiste* entre le capital et le travail, mais non sans que le consommateur ait le droit de dire son mot dans l'affaire.

Je veux bien, en déontologie, ne pas aider les clients de mauvaise foi à rouler mes voisins ; je veux bien, sur le même terrain, reconnaître qu'il n'y a intérêt pour personne à faciliter les caprices des capricieux qui changent de médecin plus souvent que de chemise, et le débinage des potiniers qui veulent me brouiller avec mes confrères voisins.

Mais je ne veux reconnaître aucune de ces règles qui empêchent mon malade de me quitter pour un confrère quelconque, ce confrère eût-il été par moi-même appelé ici en consultation.

De même, je me refuse à agréer, et la requête des boulangers de Brest, et les prétentions des employés du *tram*, et la singulière prétention des médecins-salariés Lillois.

Non ! voyez vous cette histoire : M. LE Dr n'est visible que de 7 à 11 h. et de 1 à 5 h. M. LE Dr s'esbigne le 7e jour. Et deux mois de vacances à plein salaire chaque année !!!

Traitez-moi de sensiblard si vous voulez, mais je crois encore aux malades que ma parole soulage, à ceux que ma vue console : je dis *ma* parole, *ma* vue, et non la vue de l'homme de garde.

Je connais une petite maman qui est bien sûre que çà n'irait pas si *je* (EGO MOI et non un autre !) ne présidais pas à ses couches, d'ailleurs si faciles que la prochaine fois *j'irai me coucher — en lui promettant de revenir tout de suite*.

Qu'est-ce que vous voulez ? Je connais un brave homme qui a perdu sa jambe quand il était soigné par mon ami le Dr Bravehomme et qui est persuadé que cela eût été beaucoup plus douloureux, beaucoup plus grave, beaucoup plus. ... je ne sais quoi, s'il avait eu un autre médecin que M. Bravehomme. Ici, comme là, le remplaçant ne ferait point l'affaire.

Il y a des métiers qui se prêtent à une meilleure organisation du travail (comme à une plus juste répartition des bénéfices): par exemple dans l'usine voisine, les ajusteurs, monteurs, hommes de peine, etc., peuvent réclamer l'application *à peu près* stricte de la loi de dix heures.

Mais les allumeurs de réverbères ne peuvent point, décemment, demander qu'on supprime le travail de nuit — et les médecins, si prolétaires qu'ils soient, ne le peuvent pas davantage.

Les maçons du plein air peuvent peiner douze heures par jour en été, en compensation des courtes journées d'hiver ; et aussi les moissonneurs avec la généralité des travailleurs des champs parce que l'ouvrage donne en la saison ; et les médecins de même, quoique l'ouvrage donne souvent en hiver, temps où les promenades manquent de charme.

Que diable ! un métier a pour effet de nourrir son homme (le métier de médecin est quelquefois lui-même dans ce cas) mais ce métier a une *raison d'être, un but* auquel la personne de l'ouvrier est étrangère, indifférente, il faut y penser quand on aborde ledit métier. Il y a *le bien* de l'homme, mais il y a aussi *le bien de la chose* : je ne connais point de place où le débat puisse être arbitrairement limité entre employeurs et employés, sans qu'on soit dans l'obligation d'entendre l'avis du consommateur !

Vivent, donc, Diverneresse et les MÉDECINS LIBRES puisque cela veut dire : « la liberté du malade de choisir son médecin » ; de choisir...... dans la limite où ce choix est possible.

Mais j'y songe : la proposition lilloise n'est peut-être bien qu'une caricature, une charge de cette autre proposition (formulée ou non) qui veut faire le médecin-fonctionnaire : « le bureau est ouvert de neuf heures à quatre heures » !

Jean C...

BIBLIOGRAPHIE

Précis de thérapeutique oculaire ; par le docteur SCRINI, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Paris, Préface du professeur DE LAPERSONNE (1).

Ce livre est le résumé des conférences de *technique thérapeutique oculaire* faites par le docteur Scrini dans le *Cours de perfectionnement* que le professeur de Lapersonne a institué depuis deux ans, on sait avec quel succès, à la clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu. Avant tout, c'est là un *livre pratique*, dans lequel se trouvent exposés les principes qui doivent guider les praticiens dans l'application des moyens thérapeutiques, tant médicaux que chirurgicaux, qu'ils ont à leur disposition. C'est dire qu'il s'adresse non seulement aux apprentis ophtalmologistes, si j'ose m'exprimer ainsi, mais encore et tout particulièrement à la masse des étudiants et des praticiens éloignés des centres médicaux. Grâce à lui, les uns pourront aisément et rapidement retrouver un renseignement égaré, et les autres y puiseront des principes qui leur permettront d'instituer une thérapeutique oculaire rationnelle, curative souvent, et qui leur donnera tout au moins le temps de diriger leur malade auprès d'un confrère

(1) In-8 carré de 340 pages avec 31 figures. Prix : 5 fr. G. Steinheil, Paris.

plus expert si cette thérapeutique se montre insuffisante. En un mot, ils pourront agir au mieux de l'intérêt de leurs malades et sans leur nuire.

Un rapide coup d'œil sur la table des matières de ce volume suffira à vous convaincre.

Après l'étude des règles de *l'asepsie* (champ opératoire, matériel, agents thérapeutique), l'auteur aborde la question si importante des *anesthésiques*, insistant sur le chloroforme et la cocaïne.

Ces généralités indispensables exposées, le Dr Scrini étudie tour à tour : les principaux médicaments employés dans les affections des membranes externes : — les antiseptiques, les astringents, les caustiques ; — les médicaments qui agissent sur la musculature de l'iris et le tonus de l'œil : les mydriatiques, les myotiques ; — les modificateurs des circulations locales : les révulsifs, les dérivatifs. Avec raison, suivant nous, l'auteur, pour la plupart des agents employés, ne donne pas de longues suites de formules, mais il s'attache à ne fournir que celles qui ont donné le meilleur résultat à la Clinique de l'Hôtel-Dieu.

Rappelons que, le premier, le docteur Scrini a préconisé les collyres huileux qui répondent à tous les desiderata : ils se conservent en effet indéfiniment et résistent très longtemps, des mois, aux contaminations, sans qu'il soit besoin de prendre de précautions spéciales ; la préparation et l'emploi de ces collyres sont longuement traités.

L'examen des agents physiques qui prennent, de nos jours, une importance de plus en plus grande dans la thérapeutique générale et locale ; — les moyens de protection de l'œil contre la lumière ; — la prothèse oculaire et les agents mécaniques sont l'objet de chapitres spéciaux.

A la fin de l'ouvrage, se trouvent des consultations ophtalmologiques sur l'utilité pratique desquelles j'attire tout particulièrement l'attention des praticiens.

En effet, à l'exemple du professeur Grasset, en thérapeutique médicale, Scrini a réuni quelques consultations de la pratique journalière (blépharite impétigineuse — conjonctivite catarrhale aiguë — ophtalmie purulente des nouveau-nés — conjonctivite diphtérique — conj. granuleuse — kérato-conjonctivite phlycténulaire, taies de la cornée, iritis etc., etc.) qui donnent à son livre un caractère éminemment utile pour le praticien.

« A chaque page de ce livre, écrit le professeur de Lapersonne, qui a bien voulu, en quelque pages, presenter ce précis au public médical, se reflètent les idées de Panas, pour lequel Scrini fut plus qu'un disciple fidèle et qu'il entoura jusqu'à la dernière heure d'un dévouement filial.

Georges Gellé.

REPORTAGE MÉDICAL

Un débouché pour les jeunes.— M. Pierre Mille est le premier « pékin » qui soit allé en touriste de Paris à Tombouctou depuis que cette ville est possession française. M. Pierre Mille est un rédacteur du *Temps* et il a donné à son journal une relation de ce voyage d'autant plus instructif et intéressant que le gouverneur, M. Roume, accompagnait le journaliste. Entre autres choses, les excursionnistes ont vu des contrées fertiles, mais abandonnées, parce que, après avoir été dévalisées par Samory et autres chefs guerriers et pillards, elles le sont encore par la malaria et autres fléaux.

Pour parer à cet état de choses, M. Roume se propose de recruter en France de jeunes médecins *civils* — non galonnés et ne dépendant ni de la Marine ni des Colonies — qui iraient là-bas vacciner et administrer de la quinine et seraient bien payés. Restés libres, ils reviendraient quand ils voudraient, lestés d'économies suffisantes pour s'installer ensuite à leur gré.

M. Roume était, ces jours-ci, à Paris et il a fait voter un emprunt colonial africain. Le moment semble donc propice pour ceux que cette note intéresserait de s'adresser au Ministère des Colonies ou, mieux, d'écrire au gouverneur de l'Afrique occidentale française.

Officiers de réserve et quart de place. — Il y a quelques semaines, le ministre de la guerre déclarait, dans un discours, que la pénurie des officiers de réserve le préoccupait et qu'un de ses soucis était de trouver quelques faveurs à leur accorder pour favoriser leur recrutement. Le quart de place paraissait tout indiqué au général André, mais il ne parlait pas de l'appliquer aux médecins de réserve.

La même question revient actuellement sur le tapis et les quotidiens annoncent que « l'on vient de distribuer aux sénateurs le rapport de M. Rolland sur son projet de résolution tendant à faire appliquer le tarif militaire aux officiers réservistes et territoriaux. » Le projet de M. Roland ne parle pas davantage des médecins de réserve.

Demandé tout à la fois par le sénateur du Tarn-et Garonne et par le ministre de la guerre, le privilège du quart de place pourrait fort bien être voté par le Parlement au profit des officiers de la réserve. Les médecins seront-ils parmi les favorisés ou les exclus. On ne comprendrait pas sur quel motif se baserait le refus de les laisser participer à cet avantage.

La déclaration d'utilité publique de la Société scientifique de l'hygiène alimentaire et rationnelle de l'homme. — Il s'est constitué récemment sous ce nom une Société savante qui s'inspire dans ses travaux des idées de l'Américain Atwater et de celles de MM. Berthelot et Armand Gautier, exposées dans le dernier livre de celui-ci. M. le Dr H. Ricard, sénateur, vient de demander pour cette Société, par un texte de loi, le bénéfice de la déclaration d'utilité publique en faisant remarquer qu'elle sera l'arbitre qualifié pour l'application de la loi récente sur les falsifications alimentaires. Le Sénat a voté l'urgence.

Congrès français de médecine, 7e session, — Paris, 24-27 octobre 1904. — Le 7e Congrès Français de médecine se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du professeur Cornil.

Les questions suivantes ont été choisies par le Congrès de Toulouse pour faire l'objet de rapports et de discussions.

I. La pression artérielle dans les maladies. Rapporteurs : MM. les Drs Bosc et Vedel (Montpellier), M. le Dr Vaquez (Paris).

II. Des injections mercurielles. Rapporteurs : M. le Dr Lannois (Lyon), M. le Dr Balzer (Paris). — III, De l'obésité. Rapporteurs : M. le Dr Maurel (Toulouse), M. le Dr Le Noir (Paris). Plusieurs séances seront consacrées à l'exposé et à la discussion des communications particulières que voudront bien faire les membres du Congrès. — Des réductions de tarif seront consenties par les différentes compagnies de chemins de fer. Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, place de l'Alma.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Poirot, d'Escles, par Herrain (Vosges), Rancurel, d'Uzès (Gard) et Lugagne, d'Octon (Hérault), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : D H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

ASSOCIATION AMICALE

Réunion du 23 juin 1904.

La séance est ouverte à 4 heures sous la présidence de M. le Dr Maurat.

Présents: MM Lepage, Gassot, Mignon et Jeanne.

Le trésorier rend compte des suspensions, irrégularités et petites pénalités encourues, et fait remarquer la nécessité de ne pas se montrer trop tolérant à l'avenir si l'on veut continuer à administrer l'œuvre d'une façon irréprochable.

Puis le conseil vote les indemnités suivantes, en adressant ses remerciements à M. le Dr Saint-Cyr, ancien contrôleur, qui, ayant droit à une indemnité de 200 fr., en fait don à la Caisse auxiliaire.

Indemnités.

6	3 mois..		300
14	14 jours		140
40	3 jours		30
56	18 jours		180
80	3 mois		300
96	39 jours à 10 fr.	390	563 25
	22 jours et 1 mois	173.25	
154	6 jours		60
150	3 mois		300
173	2 mois		200
185	Dû au 1er juillet 34 jours		340
203	3 mois		300
208	Cure Plombières indispensable.		120
222	Dû au 1er j. 60 j. à 10 f.	600	653 30
	16 jours...	53 30	
238	3 mois		300
242	1 jour à 10 fr	10	119 90
	23 jours	109 90	
279	1 jour à 10 fr	10	169 95
	1 mois et 18 jours	159 95	
290	20 jours (abandonne à la caisse auxiliaire)		200
296	Dû au 1er juillet 23 jours		230
299	Cure thermale indispensable...		100
338	15 jours		150
362	3 mois		300
378	32 jours		320
386	3 mois		300
396	5 jours		50
406	7 jours		70
421	6 mois		600
440	3 jours		30
458	1 mois et 29 jours		196 55
469	22 jours à 10 fr	220	233 30
	4 jours	13 30	
487	24 jours		240
488	3 mois		300
501	3 mois		300
507	37 jours		370
520	5 jours		50
526	18 jours		180
563	15 jours		150
564	12 jours		120
572	31 jours		310
574	6 mois		600
606	52 jours		520
612	2 jours		20
600	5 jours		50
709	Dû au 1er juillet 15 jours		150
713	13 jours (demi A.)		65
716	22 jours		220
772	41 jours		410
805	Dû au 1er juillet 31 jours		310
808	16 jours		160

810	20 jours à 10 fr	200	433 30
	2 mois et 10 jours......	233 30	
821	17 jours...........................		170
824	10 jours		100
828	Dû au 1er juillet 38 jours		380
841	32 jours		320
855	19 jours		190
864	5 jours.............................		50
885	13 jours............................		130
893	16 jours.		160
901	4 jours à 10 fr...........	40	76 65
	11 jours.....................	36 65	
904	19 jours à 10 fr......... ..	190	359 95
	1 mois et 21 jours........	169 95	
907	7 jours............................		70
928	1 mois et 14 jours..............		146 60
931	27 jours...		270
	Total...............		**14.237.75**

Admissions.

Le Conseil procède ensuite aux admissions suivantes :

Combinaison A

MM. Jolis, à Lectoure, Gers ; Berthelot, à Pontarlier, Doubs; Boudet, à Champagne, Ain; Favre, à Annemasse, Hte-Savoie ; Laforgue, à La Française, Tarn-et Garonne; Moran, à Brest, Finistère; Bouchet, à Paris ; Diard, à Tonnerre, Yonne ; Martre, à Belcaire, Aude ; Makesud, à Bonneval, E.-et-L. ; Peyroux à Elbeuf, S.-Inf. ; Coliez, à Longwy, M.-et-Mos. ; Bernard à Vauvert, Gard ; Houdart, à Besançon, Doubs ; Petitjean à Vesoul, Hte-Saône.

Combinaison C.

MM. Rozoy, Charleville, Ardennes ; Blivet, St-Aignan, L.-et-C. ; Defosse, à Chevagnes, Allier ; Monribot, à Montauban, T.-et-Gar. , Mignon, aux Mureaux, S.-et-O. ; Boulle, Orléans, Loiret ; Bazot, Joigny, Yonne ; Signan, Port-Saint-Louis-du-Rhône, B.-du-Rh. ; Cornet, Paris ; Laurent, Roanne, Loire ; Hamon, La Ferté-Saint-Aubin, Loiret ; Mignon, Les Mureaux, S.-et O.: Laurent, Roanne, Loire ; Cornet, Saintes, Ch.-Inf. ; Signan, Port-St-Louis-du-Rhône, B.-du-Rh. ; Bazot, à Joigny, Yonne.

Le Conseil remercie MM. Gassot et Mignon de toute la peine qu'ils ont prise pour renseigner les confrères qui n'avaient pas lu attentivement tous les documents publiés à propos de la création de la Combinaison C et il regrette que quelques journaux aient, pour le même motif, publié de grosses inexactitudes qui ont ému un certain nombre de sociétaires.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire des séances.

Dr Jeanne.

Au dernier moment, nous recevons de M. le Dr Lepage, contrôleur, un don de 137 fr. 50 pour lequel nous lui adressons tous nos remercîments.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le curetage utérin dans les fausses couches.

Dans son dernier article sur les fausses couches, le Dr Huguenin a, volontairement, exagéré les dangers du curetage comme traitement de ce grave accident. Si, pratiquement, les opérateurs malhabiles feront bien de s'abstenir de l'emploi de la curette, car la paroi utérine est friable est facile à transpercer quand elle est congestionnée, il faut proclamer bien haut que scientifiquement, le curetage est formellement indiqué dans les fausses couches, non pas seulement pour nettoyer et aseptiser l'utérus, mais surtout pour faciliter et hâter la subinvolution utérine. Quel est, en effet, le plus grave danger des avortements, après l'infection puerpérale et l'hémorragie?

FEUILLETON

Pensées réconfortantes.

Nous devons être très fiers de notre profession parce que, de toutes les carrières, c'est celle qui exige le plus de dévouement et d'esprit de sacrifice, parce qu'elle nous oblige à faire le bien comme on cherche à faire le mal, dans l'ombre, même avec la conviction de ne récolter bien souvent que de l'ingratitude ; enfin, parce que la belle âme de nombre de nos guides, de nos initiateurs, est comme la flamme qui cherche à s'élever en haut, toujours plus haut, qui éclaire et réchauffe, semant de la gaieté et du bonheur autour d'elle.

***

Les médecins célèbres n'appartiennent pas seulement au pays qui les a vus naître, ils sont aussi les citoyens glorieux de la grande et sereine patrie des intelligences. Devant eux les frontières des nations s'effacent, parce qu'ils sont toujours aux écoutes, prêts à intervenir au cri de toute créature qui souffre ou est opprimée, parce que, si lointaine que soit la plainte de la douleur humaine, de quelque nature qu'elle soit, physique ou morale, elle trouve constamment un écho dans leur cœur, lorsqu'elle arrive à leurs oreilles.

***

Les vrais guides de l'humanité, à l'avenir, devront être, non les dominateurs qui s'imposent par la force, mais les descendants du bon Samaritain, qui ne demandent qu'à se dévouer, qui laissent rayonner de la bonté autour d'eux, « qui pensent qu'il n'est de préférable, au souvenir d'une bonne action, que le projet d'en faire une seconde » (Petit-Sem).

En leur compagnie, les cœurs s'élargissent comme les cerveaux.

***

Après quelques années de pratique, chacun de nous doit être convaincu qu'en enlevant à un homme un vice: gourmandise, ivrognerie, paresse, lubricité, on écarte de lui une cause de ruine, et, qu'en lui inculquant une vertu : tempérance, propreté, droiture etc., on lui ôte une chance de misère.

C'est incontestablement le défaut de rétraction et de subinvolution de l'utérus. Cet organe fait généralement sa subinvolution après les accouchements normaux ; mais, après les avortements et, surtout après les avortements prématurés, très rapprochés du début de la grossesse, les phénomènes de subinvolution se font difficilement et incomplètement. Or. MM. Doléris, Sabail, Pichevin, Paul Petit, ont démontré la puissante action excitante du curetage sur l'utérus musculaire. Le curetage doit être pratiqué avec une longue *curette mousse* et non tranchante, bien aseptisée, maniée sans violence, et guidée par une main habile et prudente. Il ne faut pas gratter fortement la muqueuse, mais il faut racler méthodiquement la couche superficielle en avant, en arrière, sur les côtés, de façon à enlever les débris du revêtement épithélial boursouflé et turgescent. Ce raclage, fait aseptiquement, est suivi d'une irrigation lente très chaude à 48° et d'un tamponnement à la gaze stérilisée oxygénée ou ektoganée (peroxyde de zinc).

La subinvolution utérine se fait alors dans d'exceptionnelles conditions de rapidité et de perfection.

Action analgésiante et névrosthénique du radium à doses infinitésimales

M. le Dr Darier a communiqué à l'Académie les résultats de ses recherches sur l'action analgésiante et névrosthénique du radium à petites doses, en particulier dans un cas de cancer de la face ; il vient de fournir de nouvelles observations, qui confirment cette action analgésiante pour d'autres affections douloureuses. Cette propriété analgésiante semble être l'apanage de tous les corps radiants, puisque nous retrouvons, dans la plupart des observations de cancer traité par les rayons X, la diminution des phénomènes douloureux notée comme un résultat assez constant.

Quand même les rayons X et les substances radio-actives ne produiraient pas la guérison de certaines tumeurs malignes superficiellement placées, comme les progrès de la technique de la radiothérapie semblent le faire espérer, il y a, dans l'action analgésique obtenue par ces méthodes, un bénéfice thérapeutique suffisamment important pour mériter d'être pris en considération.

En ce qui concerne les douleurs liées à des névralgies rebelles, l'effet analgésiant du radium a semblé à M. Darier tout aussi caractérisé. Sur ce point cependant, il y a lieu de se montrer très réservé dans les conclusions, car les allures des névralgies dites rebelles sont si variées, si capricieuses, le prestige d'une médication nouvelle et aussi impressionnante que celle qui nous occupe est si considérable que la bonne foi de l'observateur peut avoir été surprise. J'ai traité moi-même, avec mon ancien interne, le Dr Zimmern, par le radium, un cas de névralgie faciale rebelle, tellement rebelle qu'il avait résisté jusqu'à ce jour à toutes les médications courantes : opium, traitement mercuriel, électricité, et je dois dire que, sauf à la suite des deux premières applications, l'état de notre malade ne s'est nullement amélioré.

Une autre de nos malades, atteinte également de névralgies multiples, faciale, occipitale, intercostale, rebelles également jusqu'à ce jour à toute thépeuratique, n'a pas non plus bénéficié des applications réitérées de radium que nous lui avons faites.

Il est possible cependant qu'avec des doses de radium moins considérables et d'une activité moindre que celles dont nous nous sommes servis, on eût, comme l'admet M. Darier, obtenu des résultats plus favorables.

M. Darier a observé encore la disparition des attaques dans deux cas de névroses convulsives, à la suite d'applications de radium sur la région

---

Quel magnifique objectif ! — Quelle force ne devons-nous pas puiser dans cette constatation !

* * *

Si la santé est bonne et la conscience pure, a dit Tolstoï, le reste n'est rien. C'est la consolation de beaucoup de médecins peu favorisés ; ils sont restés optimistes malgré leur sort précaire et pensent qu'on peut espérer en la vie, la juger belle et bonne, lorsqu'elle est vécue dans la correction et la noblesse.

* * *

« Je prie Dieu et je vous appelle », écrivait jadis à Fagon une mère, dont le fils était mourant. Après avoir rapporté cette anecdote, le docteur Cabanès ajoute : Que les détracteurs raillent tant qu'il leur plaira, il n'en reste pas moins acquis que c'est toujours au médecin qu'on recourt, et que c'est à ses pieds qu'on se jette, aux heures de désespérance. En lui on place son dernier espoir, quand le mal est là, inexorable.

* * *

Dans une belle formule, à coup sûr utile à propager parmi les hommes, quoique contestable, Auguste Comte a prétendu que « nul ne possède d'autre droit que celui de faire toujours son devoir ».

Nous ne demandons pas mieux que de l'en croire et de mettre le précepte en pratique ; malgré les défaillances inévitables, c'est beaucoup de l'avoir entrepris et d'en faire la base habituelle de notre conduite.

Ah ! la sereine philosophie que celle qui fait un plaisir d'une bonne action et de l'ascension sans trève une joie constante de l'esprit !

* * *

A défaut d'autres compensations, nos confrères ruraux ont pour se dédommager de leurs soucis la sérénité apaisante des lointains horizons, les magnificences de la forêt, les émanations de la terre en fête. Il me semble qu'ils ne sont plus à plaindre à certaines aurores et par les soirs d'ivresse, où le plus médiocre paysage est touché d'un rayon de beauté, à l'instant incomparable du crépuscule, lorsque la paix et la fraîcheur de la nuit vont descendre sur les choses.

Ce sont des joies à la portée de chacun ; nous sommes tous de grands propriétaires sans le savoir. Ce qui nous manque, ce n'est pas la terre, mais la faculté d'en jouir. Le paysage appartient à la première personne qui a des yeux pour le regarder.

* * *

temporale. Les attaques se renouvelaient tous les jours chez l'un, trois à quatre fois par semaine chez l'autre de ses malades. On peut rapprocher ces effets de ceux qui ont été signalés par Charcot et Vigouroux lorsque ces auteurs étudièrent sur les hystériques les effets de l'électricité statique. Le bain statique détermine très souvent, chez les hystériques qui y sont soumis, une diminution du nombre des crises convulsives et parfois en suspend le retour pour une période très appréciable.

Ce qui me conduit à invoquer cette analogie pour expliquer les observations de M. Darier, c'est que, chez un malade hystérotraumatique, porteur d'une hémianesthésie gauche, nous avons pu, avec la plus grande facilité, provoquer le phénomène du transfert. La sensibilité est revenue au bout de quelques minutes, simplement par l'application d'un peu de radium sur un point du tégument du côté anesthésié.

En nous rapportant un cas de pseudo-ataxie neurasthénique, guéri en trois jours, l'auteur ajoute qu'il s'agissait probablement d'une action suggestive. Nous ne pouvons qu'approuver cette hypothèse.

Comment peut-on interpréter le cas de paralysie faciale, toute récente, guérie du jour au lendemain, par une application de radium, que nous communique M. Darier ?

Nous savons que les paralysies du nerf facial sont ou bien bénignes ou bien graves. A l'inspection rien ne permet de fixer le pronostic. L'examen électrique est indispensable. Mais, vraisemblablement, notre confrère a eu affaire à une paralysie bénigne, dont la bénignité est précisément fondée sur la rapidité de la guérison, qui se fait toujours spontanément et dans l'espace de huit à dix jours, seul l'examen électrique, en décelant l'existence de la réaction de dégénérescence eût pu démontrer qu'il n'y avait pas dans la guérison rapportée une heureuse coïncidence.

M. le rapporteur à l'Académie, Profr Raymond, insiste sur la puissante action analgésiante de doses infinitésinales de radium et montre la haute portée pratique de ces nouvelles découvertes.

La cure actuelle de l'alcoolisme.

Les membres de la Société d'hypnologie ont longuement discuté la question de la cure de l'alcoolisme par l'hypnotisme.

M. Legrain. — Il m'arrive de Russie des renseignements très intéressants sur le traitement des alcooliques par l'hypnotisme. Dans les villes de St-Pétersbourg, Moscou Yaroslavl, Kiev, Saratoff, Ekakerinoslav, Astrakhan, ont été créés, depuis quelques années, sous les auspices du gouvernement, des dispensaires ou curatelles où affluent les malades par centaines, où les soins sont gratuits et où l'hypnotisme est, sinon le seul, au moins le principal agent thérapeutique. On exige des alcooliques qu'ils désirent sincèrement être guéris et qu'ils s'abstiennent de tout spiritueux pendant la durée du traitement. C'est peut-être leur demander un effort colossal, puisque, le plus souvent, leur volonté est presque anéantie. Il est vrai qu'on les oblige aussi à accepter une surveillance continuelle. Néanmoins, l'hypnotisme reste un moyen extrêmement précieux et efficace ; dans la cure de l'alcoolisme, il donne, avec une bonne direction mentale, la vigueur nécessaire au maintien de la bonne résolution de ne plus boire. Pour empêcher les rechutes, il faut, bien entendu, les encadrer dans des Sociétés d'abstinence ou de tempérance afin qu'ils subissent à l'état de veille et d'une manière continue l'influence heureuse d'un bon milieu.

M. Berillon. —Avec M. Marnay, j'ai déjà opposé à la docilité des buveurs russes l'indocilité des buveurs français. En France, la cure des alcooliques est beaucoup plus difficile et beaucoup moins durable qu'en Russie : c'est que, chez nous, l'alcoolique s'intoxique avec des essences aussi variées que néfastes ; en outre, il accepte rarement

---

A quoi sert à l'homme, a-t-on dit, d'avoir fait disparaître de la terre les espèces colossales des mastodontes, des ours des cavernes et des hipparions, de décimer pour une destruction prochaine la race des éléphants, des baleines ou des lions, s'il reste toujours désarmé contre les animalcules ?

Vainqueur des plus grands, mais victime des infiniment petits, il continue à voir les moustiques le harceler, les pucerons dévorer ses récoltes, les microbes pathogènes semer la mort dans ses rangs.

Qu'on se rassure, le plus difficile est fait, les chemins sont jalonnés et nous ne tarderons pas à triompher de nos derniers ennemis, à connaître le vaccin des bacilles les plus redoutables.

* * *

Nous ne saurions trop vulgariser les idées consolantes de Metchnikoff, qui, dans son *Essai de philosophie optimiste*, établit que la science, qui est déjà bien armée contre les maladies, parviendra à atténuer le processus fatal de la sénescence, à remédier à la vieillesse, à la prolonger sans infirmité.

Après une existence aussi pleine que possible, après une vie exempte d'accidents morbides, la mort correspondra à un évènement naturel et désiré, à un besoin satisfait. On acceptera le grand voyage, vraiment rassasié de jours, comme on sort d'un banquet.

* * *

Il n'est pas désagréable d'entrevoir l'accomplissement de plus en plus parfait du cycle harmonique de notre évolution, de contribuer à supprimer les désharmonies qui subsistent encore.

On peut dire de nos jours, comme du temps de Newton, que le grand océan du vrai reste encore inexpliqué ; une vérité conduit à une autre; chaque découverte rend possible une autre découverte, plus élevée que la précédente. Les progrès à faire me semblent presque illimités ; l'avenir de l'homme est plein d'espérances et personne ne peut prévoir les limites de la destinée humaine (John Lubbock. *Le bonheur de vivre*).

* * *

Votre organisme laisse-t-il à désirer par quelque côté, félicitez-vous qu'il ne soit pas atteint plus gravement et d'avoir échappé déjà à une foule d'autres maladies. On supporte ses maux avec sérénité en songeant à ceux d'autrui, aux ruines accumulées derrière soi, en sachant s'en abstraire, en gouvernant sa volonté de façon à concentrer son attention sur autre chose.

Vivre simplement et ne s'occuper que de choses

de se laisser soigner aussi longtemps qu'il le faudrait pour arriver à une guérison durable.

M. Wiazemsky (de Saratow). — L'alcoolisme a presque toujours une origine psychique ; aussi, convient-il d'étudier avec soin l'état psychique de chaque malade, pour combattre efficacement le mal. Le traitement de l'alcoolisme par suggestion doit être long ; s'il est maintenu pendant un an, il donne 92 guérisons pour cent. Si le traitement dure peu, il donne quelquefois des guérisons complètes ; mais, le plus souvent, les récidives surviennent. Les alcooliques sont très suggestionnables et leur guérison est d'autant plus facile qu'ils désirent vivement renoncer à leur funeste habitude. La suggestion est le seul moyen thérapeutique efficace contre l'alcoolisme ; aussi convient-il d'en propager l'application. L'auteur expose ensuite les résultats très satisfaisants qu'il a obtenus depuis quatre ans et qui portent sur 319 malades.

M. Paul Farez. — Un homme de 25 ans, marié, père de famille, boit chaque jour un litre de vin, plusieurs bocks de bière, du rhum, de l'amer, du vermouth et de l'absinthe. Il est ivre plusieurs fois par semaine. D'ordinaire, son ivresse est calme; mais quand il a bu de l'absinthe plus que de coutume, il se livre à des scènes violentes ; il brise des meubles et des objets de ménage ; il sort le linge des armoires et le piétine ; il injurie grossièrement sa femme, la bat et lui fait faire quelques chutes graves ; l'une d'elles est même suivie d'accouchement prématuré. Son intempérance lui a fait perdre un emploi lucratif ; il est devenu incapable de tout travail et passe ses journées au café. Il refuse de se laisser soigner d'aucune matière. La suggestion pendant le sommeil naturel est instituée à son insu. Les scènes violentes cessent au bout de quelques semaines et l'amélioration s'accentue de mois en mois. Le traitement est long, comme il doit l'être dans tous les cas d'alcoolisme; car la cure ne peut être définitive que si l'on prend le temps de restaurer la volonté. Au bout de dix-huit mois, notre homme est tout à fait guéri, il ne va plus jamais au café et boit aux repas de la bière légère du Nord ; il est bon, doux, affectueux et travaille avec zèle. Cette guérison persiste depuis trois ans et demi.

En outre de certains alcooliques, il est des obsédés ou des délirants qui ou bien ne sont pas hypnotisables, ou bien refusent de se laisser soigner. Grâce à la suggestion pendant le sommeil naturel, ils peuvent, les uns et les autres, être traités malgré eux et à leur insu, sans qu'ils résistent en aucune façon. Formulée pendant cet état d'hypotaxie physiologique périodique qu'est le sommeil naturel, la suggestion se montre aussi efficace que si elle s'adressait à un individu profondément hypnotisé.

Ligature de la carotide primitive et sutures du cœur.

A l'une des dernières séances de la Société de chirurgie ont eu lieu de très intéressantes discussions sur la ligature de la carotide primitive et sur les sutures du cœur. M. Guinard ayant insisté sur l'innocuité de la ligature de la carotide primitive, plusieurs voix se sont élevées pour citer des exemples de mort plus ou moins rapide avec coma ou hémiplégie ; MM. Quénu, Terrier, Tuffier, Dentu, Lejars, Picqué ont eu des accidents à déplorer après des ligatures de carotide prmitive pour des hémorrhagies consécutives à des opérations au cou ou à la face. Mais, ajoute M. Guinard, la ligature de la carotide primitive n'est sans danger qu'à la condition que les voies anastomotiques soient bien intactes : dans les cas de tumeurs où on enlève la mâchoire, on coupe la faciale, la linguale ; on enlève les voies anastomotiques. Il faut bien distinguer, comme l'a justement dit M. Terrier, les lésions artérielles en amont des lésions artérielles en aval. Montrez-moi, dit M. Guinard, un exem-

---

élevées est, en général, un moyen sûr de bien se porter et de bénéficier du programme ci-dessus.

***

Nos confrères des villes ne perdent jamais complètement le temps qu'ils passent dehors, même lorsqu'il n'est pas précédé ou suivi de consultations, car le grand air est un cordial d'une vertu merveilleuse ; il nous retrempe et nous donne une verdeur nouvelle. Le besoin d'exercice est certainement un instinct salutaire, et, après un certain temps de contention intellectuelle, il convient de faire la part du corps, surtout lorsqu'il n'est qu'un humble et faible compagnon.

***

Il convient que les désirs du sage s'épurent avec les années, car si les cheveux blancs, qui pourtant ne veulent pas toujours dire sagesse, inspirent le respect, ils repoussent l'indulgence ; — arrivés à la maturité, nous devons donner l'exemple de la prudence et de la réserve, puisque la jeunesse seule peut supporter l'orage des passions, tandis que la vieillesse y succombe.

Il faut s'arranger de ce qui reste, sans regretter ce qu'il y avait ! (Petit-Sem).

***

L'avenir ôte plus de gloire qu'il n'en donne ; tâchez donc de conserver vos mérites et votre bonne renommée, attendu qu'il n'y a plus moyen de les accroître. — Il n'y a qu'à se souvenir qu'à tout âge le bonheur est le fruit de la vertu, que l'estime est aux plus dignes, si le succès tapageur est aux plus malins (Idem).

***

Quelle agréable intimité que celle du lecteur avisé et d'un auteur de choix ; c'est presque le ménage de deux tourtereaux. Aussi, travaillons, bûchons avec persévérance, pour ne pas sentir les coups d'épingle de l'existence ou les blessures plus graves de la destinée. Le travail persévérant, qu'il soit ou non glorieux et rémunérateur, représente un analgésique, un hypnotique, une sorte de perpétuelle ivresse au champagne.

***

Les enfants ne sont pas toujours commodes à soigner ; ils ont des caprices bien agaçants et des antipathies bien injustes. On arrive cependant à les supporter, lorsqu'on est dominé par un double sentiment, celui de la pitié pour ces petits êtres déjà

ple de ligature de la carotide primitive qui ait été suivie d'accidents immédiats chez un homme sain. Il n'y en a pas. On connaît des cas dans lesquels les deux carotides, primitive et vertébrale, ont été liées successivement sans qu'il se soit produit d'accidents cérébraux consécutifs. Il ne restait plus qu'une vertébrale. Il y a à redouter des accidents dans les cas d'hémorragies graves.

Quant aux plaies du cœur, MM. Guinard et Lejars rapportent deux faits très intéressants de sutures du cœur faites à la suite de plaies pénétrantes. M. Lejars, sur ce point fort intéressant de l'histoire de la suture du cœur, dit que dans toutes les autopsies qui ont suivi cette opération, on a constaté que la suture tenait parfaitement. On a donc la très grande consolation de pouvoir se dire que tous ces blessés sont morts guéris. Toutefois, toute plaisanterie à part, c'est là un fait très encourageant, car il prouve que le cœur se laisse très bien suturer. Pour sauver les blessés, il faut donc arriver à temps, c'est-à-dire opérer dans le plus bref délai possible, immédiatement après l'accident, chaque fois que cela se pourra. Alors on aura de très beaux succès.

La grande difficulté de ces opérations est constituée par le bouillonnement hémorrhagique des plaies du cœur et l'extrême mobilité de cet organe qui fuit toujours sous les doigts au moment de le saisir. Les uns saisissent le cœur près des gros vaisseaux, les autres passent la main dans le péricarde derrière le cœur et l'empaument solidement par la face postérieure. M. Lejars est assez partisan de la pleurotomie postérieure immédiate, telle que l'a faite M. Guinard. Il y a des malades qui sont morts par infection pleurale. Il est donc prudent de faire cette pleurotomie.

M. Rochard fait observer que M. Lemaître, qui a déjà quelque expérience de la suture du cœur, estime qu'il vaut mieux faire cette pleurotomie secondairement et sur indication.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d accouchements Tarnier : M. le professeur Budin.

De l'allaitement mixte.

Le rôle de l'accoucheur ne doit pas se borner à mettre au monde les enfants dans les meilleures conditions possibles. Il doit aussi surveiller la mère dans le post-partum et diriger l'allaitement du nouveau-né.

Vous avez pu voir, à notre consultation de nourrissons, combien ce dernier point était important et parfois délicat. Vous y avez rencontré, entre autres, une femme qui venait, en pleurant, nous présenter un enfant d'un mois dont le poids n'avait fait aucun progrès depuis la naissance : c'était le résultat d'un allaitement mal dirigé. Vous citerai-je également ce nourrisson de six semaines entré avec sa mère dans le service. Il était, à son arrivée, amaigri, presque mourant, dans un tel état de faiblesse qu'il n essayait plus de téter. Nous dûmes, d'une part, allaiter l'enfant au verre et à la cuiller et en même temps, recommander à la mère de donner le sein à un autre enfant pour que la sécrétion lactée puisse se rétablir. Le lait revint, effectivement, mais en si grande quantité que l'enfant en prit trop et eut de la diarrhée. Il fallut le rationner, le laisser 4 minutes seulement au sein. Il est maintenant hors de danger.

Ces exemples se présentent à nous par douzaines à notre clinique, car l'allaitement est une grosse question de pratique pour laquelle vous aurez fréquemment des conseils à donner. Je me propose, aujourd'hui, d'étudier une partie de cet intéressant sujet, je veux dire l'allaitement mixte.

L'allaitement mixte peut être nécessaire dans les jours qui suivent la naissance ou plus tard.

---

condamnés à la souffrance, celui du respect pour ce qu'ils peuvent devenir un jour.

***

Inutile de vous froisser ou de vous préoccuper, malgré la modestie de votre situation, des orgueilleux qui vous toisent de haut en bas ; ce sont à l'ordinaire des sots ou des coquins, à la conscience peu difficile, qui ont monté à quatre pattes et sont fraîchement parvenus de bas en haut.

Il n'y a pas à faire attention à ces palmipèdes qui sentent encore la basse-cour et le fumier natal. — Tenez-vous à l'écart des gens vulgaires, ne partagez pas leurs plaisirs sans vous soucier de l'origine de leur fortune ; s'ils se haussent sur leur sac, campez-vous fièrement sur votre valeur propre, sur l'honorabilité de votre passé.

C'est la meilleure réplique à leur donner.

***

Ne redoutez pas la mort, puisque vous avez constaté *de visu* que le plus souvent c'est une visiteuse très discrète, qui ne fait pas sentir sa présence.

La peur qu'elle inspire en a singulièrement exagéré les affres et l'importance.

Pour les personnes âgées, surtout, les transitions sont si ménagées que la plus décisive, la dernière compte à peine un peu plus que les autres. C'est la lampe qui s'éteint, le passage d'une forme à une autre de la vie ou bien l'avant-goût du grand calme.

***

Si le corps est simplement la forme périssable de l'immortelle essence, il convient de conclure avec Pluton qu'il doit y avoir une vie future. D'après John Lubbock, déjà cité, le bonheur éternel sera dans la solution des problèmes qui nous ont embarrassés, dans l'acquisition de nouvelles idées, dans la connaissance des secrets de l'espace. « Le ciel que Dieu nous a promis, disait Greg, n'est pas celui de l'ascète ou du théologien dogmatique, celui du mystique subtil ou de l'indomptable martyr ; mais un ciel d'affections purifiées et permanentes. Nous aurons des capacités illimitées pour lire le livre de la science aux pages éternelles : ceux que nous avons aimés seront tous réunis autour de nous ; nous ne serons jamais ni méconnus, ni importuns et nous pourrons travailler à des œuvres magnifiques avec les forces voulues pour les accomplir. »

Que notre espérance soit donc pleine d'immortalité !

Dr Grellety (de Vichy).

Lorsque la montée du lait ne se fait pas, les enfants s'émacient ; ne prenant pas d'aliments, ils diminuent de poids, de 300, 500, 600 grammes et leur courbe va en descendant. Est-il bon de laisser les enfants ainsi, de les laisser exercer des succions infructueuses sous prétexte que ces succions facilitent la montée du lait ? J'estime, pour ma part, que si la femme n'a pas de lait, si la lactation s'établit tardivement, au 5, 6,7e jour, il est préférable de donner un autre lait au nouveau-né. Je citerai, par exemple,— le cas s'est présenté chez la femme d'un confrère — une mère accouchée depuis 3 jours, chez laquelle la montée se faisait très lentement, fournissant seulement 125 grammes de lait. Je donnai le conseil d'ajouter à cette quantité insuffisante 200 grammes d'abord de lait d'ânesse, puis de diminuer ce dernier au fur et à mesure que les seins se rempliraient : au 14e jour, la mère put seule suffire à l'alimentation du nourrisson. Voici un autre exemple, chez une femme de médecin encore. La mère voulait allaiter, mais de ses seins, d'ailleurs parfaits au point de vue esthétique, rien ne sortait. Deux, trois, quatre, cinq jours se passèrent. De ces seins gonflés, que je me permis de comparer à une belle « auto », prête à partir mais « en panne », pas une goutte de lait ne vint. Je donnai du lait stérilisé jusqu'au moment où la lactation s'établit et je suis certain que si je n'avais rien fait prendre à l'enfant durant ces cinq jours, nous aurions eu une diminution considérable de poids.

Je crois qu'il est important de donner à boire aux enfants qui ne trouvent pas dans les premiers jours de lait maternel. A l'hôpital, la chose est facile. Nous avons les nourrices, nous avons les autres femmes récemment accouchées. En ville, c'est chose plus difficile et nous devons utiliser le lait d'ânesse ou le lait de vache coupé.

Tous mes collègues, il est vrai, ne partagent pas ma manière d'envisager ce sujet. M. Lepage, au Congrès de 1900, a déclaré qu'il ne fallait pas donner d'autre lait aux enfants, en pareille circonstance, qu'il valait mieux les laisser faire des efforts de succion, ces derniers facilitant la montée du lait. Si vous donnez du lait, dit-il, l'enfant tirera moins et la sécrétion lactée s'établira plus tardivement. Ce conseil n'a qu'un inconvénient, c'est qu'il n'est pas réalisable longtemps en pratique. Placez-vous dans une famille avec un nourrisson de 8, 15 ou 20 jours, qui diminue de poids et s'affaiblit. Vous allez entendre les plaintes de la mère, du père, les exclamations de l'entourage, de la ou des belles-mères ! Vous allez donc le laisser mourir, cet enfant, vous dira-t-on. Quant au petit être qui perd ses forces, croyez-vous qu'il aura assez de vigueur pour continuer ses succions. Il arrivera vite à ne plus même prendre le sein et vous serez obligés de l'alimenter au verre ou à la cuiller. Evidemment, lorsque je conseille de donner du lait à ce nourrisson, je ne veux pas dire de l'éloigner du sein, au contraire : il faut maintenir les tétées, mettre l'enfant au sein et c'est seulement quand il n'a pas pris assez que vous complétez par d'autre lait.

Voici pour l'allaitement mixte des premiers jours. Vous aurez aussi à y recourir plus tard, dans les semaines et les mois qui suivent. Mais, avant de vous développer plus longuement l'allaitement mixte lui-même, je tiens à vous exposer quelques considérations intéressant la lactation et les moyens de l'augmenter.

La sécrétion lactée, chez la femme, offre des particularités bien singulières. La femme est capable de fournir beaucoup plus de lait qu'on ne le croit et certaines d'entre elles donnent des quantités véritablement considérables de cet aliment. Lorsque je dirigeais, à la Maternité, le service des débiles, nous avions 14 nourrices pour 40 enfants, ce qui faisait, y compris leurs propres enfants, 54 nourrissons. Je fis, chez elles, des recherches sur les quantités de lait qu'elles fournissaient par 24 heures. Les nouveau-nés étant pesés avant et après la tétée, nous connaissions ainsi la valeur en poids des tétées, et il était facile, en additionnant tous ces chiffres d'établir le total du lait fourni par chaque nourrice. J'ai trouvé, comme moyenne, à la date du 1er octobre, 760 grammes de lait, par femme, puis un accroissement progressif jusqu'à 1880 grammes le 15 octobre, 2230 grammes le 29 octobre, soit 2 litres 1/4. L'une d'elles atteignit le chiffre de 2840 grammes, près de 3 litres par jour ! A cette date se produisit une épidémie de grippe qui frappa assez sérieusement les débiles, dont un certain nombre moururent. La quantité de lait demandée étant, de ce fait, moindre, la moyenne descendit bientôt à 1430 grammes pour remonter ensuite, une fois le nombre de nourrissons revenu à son taux habituel.

D'où cette conclusion : quand les femmes donnent à téter, elles fournissent des quantités de lait progressives et proportionnelles aux demandes. Il semble que, chez certaines femmes du moins, il suffise de demander plus pour obtenir plus. Telles nos nourrices de la Maternité qui donnaient une somme de lait parallèle aux besoins, c'est-à-dire au chiffre des nourrissons.

Autre exemple : voici une femme accouchée de 2 jumeaux. Elle allaite le premier, puis, au bout de quelque temps, le deuxième. A cet appel croissant, répond une sécrétion croissante, et cette femme arrive à nourrir complètement ses deux jumeaux.

Cette sécrétion lactée, ainsi multipliée, peut-elle durer longtemps ? Oui, chez certaines femmes. Chez les nourrices du service des débiles de la Maternité, j'ai vu ces sécrétions se prolonger plus d'une année et atteindre encore au bout d'un an, 1880 grammes.

Les femmes sont donc capables de donner parfois des quantités vraiment considérables de lait. La sécrétion des seins excitée par la succion est d'autant plus grande que l'on y fait plus appel.

Chose non moins intéressante : on réussit souvent à établir la lactation même dans un appel tardif. Nombre de femmes envoient immédiatement leurs enfants en nourrice. Elles y sont quelquefois incitées par les sages-femmes. Puis, lorsqu'elles voient leurs enfants diminuer de poids, elles nous les conduisent et nous arrivons parfois à ramener chez elles la sécrétion lactée plusieurs semaines après l'accouchement. Exemple : une femme met son enfant en nourrice pour être allaité au sein. Ayant des doutes sur ce dernier point, elle écrit au maire qui lui répond : « La nourrice en question a été autorisée à nourrir au biberon mais elle n'allaite pas au sein. » L'enfant est repris le 34e jour et la mère nous le conduit, dans un pitoyable état. J'examine la femme, ses seins sont bien développés,

★

quoique mous. Je lui dis d'entrer à l'hôpital. L'enfant est allaité par une nourrice, mais avant la tétée on le met au sein de la mère : celle-ci le premier jour ne donne rien, le second jour rien, le troisième jour 5 grammes, le quatrième jour 5 grammes, le cinquième jour 10 grammes, puis 60, 90, 160, 280 grammes, si bien que, finalement, la femme suffit à elle seule à alimenter son enfant. Voilà une femme chez laquelle, 5 semaines après l'accouchement, la succion a ramené la sécrétion lactée.

Autre femme, accouchée à Belleville, d'un enfant de 2000 gr. Elle le place dans une crèche de nouveau-nés débiles, d'où on le lui rend après une vingtaine de jours. Elle vient nous voir ensuite et nous l'admettons avec son enfant. A ce dernier je donne une nourrice, et à la mère je recommande de mettre à son sein un enfant vigoureux du service pour exercer des succions. Le premier jour elle donne 5 grammes, le deuxième 10 grammes, le troisième 15 grammes, le quatrième 10. Ces exercices de succion, remarquez-le, sont fatigants pour la femme et pour l'enfant; la première se lasse, le second se fatigue; aussi faut il insister. Ce que je fis en constatant le 4e jour un résultat inférieur au troisième. Mes recommandations furent fructueuses, la sécrétion lactée ayant augmenté à 60, à 100 grammes, puis, progressivement, jusqu'à une quantité suffisante pour nourrir l'enfant. Vous voyez que, dans certaines circonstances où tout semble disparu, on peut encore faire revenir le lait.

Le cas suivant, pris dans mon service de la Charité, est d'un autre genre. Une femme chez laquelle les seins fournissent à peine quelques gouttes de lait désire élever néanmoins son enfant, nouveau né, débile de 2020 grammes. Comme elle refuse de rester à l'hôpital, nous lui remettons un peu de lait stérilisé bien que je n'aime pas ce dernier chez les enfants débiles. Cette femme eut assez de volonté et de ténacité pour mettre son enfant au sein avant de lui donner le lait de vache. Ses efforts furent couronnés de succès et la sécrétion lactée s'établit.

Il faut donc savoir que, d'une part, la sécrétion mammaire est susceptible de revenir et que, d'autre part, l'allaitement mixte permet au nourrisson d'attendre ce rétablissement de la lactation.

Toutefois, les cas sont encore nombreux où les femmes ont, malgré tout, une sécrétion mammaire définitivement insuffisante et où on est obligé de recourir à d'autres laits. Le lait d'ânesse est un bon succédané du lait de femme, mais son prix élevé (5 francs le litre), la difficulté de sa stérilisation, rendent son usage accessible seulement aux parents fortunés. Le lait de chèvre est également peu pratique, sa caséine est d'ailleurs plus résistante et forme dans l'estomac une boule dure, de digestion plus pénible. De sorte que, pour la généralité des enfants, le lait de vache est le succédané principal du lait de femme. Je n'insisterai pas aujourd'hui sur la question du lait de vache, sur ses altérations, sa stérilisation, ses qualités, le dosage du beurre, de l'eau. On peut, de nos jours, savoir si un lait a été adultéré, écrémé, additionné d'eau : de sorte que, la surveillance étant plus facile, la qualité est meilleure. En résumé, lorsque le lait maternel est insuffisant, c'est le lait de vache stérilisé que nous faisons prendre aux enfants.

Comment peut-on savoir si l'on doit ou non donner du lait de vache et dans quelles proportions?

Le premier point à établir est de voir si l'enfant nourri par la mère augmente normalement de poids. La balance servira de base à cette appréciation. Si le poids du nouveau-né ne s'accroît pas, à plus forte raison s'il diminue, on doit s'enquérir s'il n'est pas à cela une cause pathologique, troubles digestifs, dentition, maladies de la mère, grippe, fatigue, surmenage. Si vous n'observez rien de ce côté, si, outre l'amaigrissement, vous remarquez que l'enfant dort plus mal, qu'il se réveille la nuit, que ses mictions sont peu abondantes, ses garde-robes rares, il y a de grandes chances pour qu'il s'agisse d'une insuffisance de l'alimentation. Ceci constaté, doit-on intervenir de suite ou attendre quelque temps. Pour ma part, chez les enfants qui n'ont pas de troubles digestifs, j'attends 1, 2, 3 semaines. Alors, en effet, bien que l'enfant diminue, son tube gastro-intestinal ne souffre pas, au contraire; il est au repos et dès que l'alimentation devient plus abondante, la courbe de poids reprend très vite.

Vous avez dans la pesée, dans l'insuffisance des garde-robes, dans l'insomnie, des indications permettant d'ajouter du lait stérilisé aux tétées.

Comment allez-vous prescrire ce lait ? Jadis, nous remplacions une, deux, trois tétées par un biberon de lait de vache. Nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que cette manière de faire présentait de grands inconvénients. Les femmes qui donnent ainsi irrégulièrement à téter sont exposées à perdre leur lait. Rapidement, la sécrétion diminue lorsque les succions s'espacent : le sein fournit d'autant plus de lait, nous l'avons vu, qu'il est plus sollicité.

Ce n'est donc pas de cette façon qu'il convient de procéder. On ne doit pas remplacer les tétées par des bouteilles, mais mettre chaque fois l'enfant au sein et compléter par une quantité appropriée de lait de vache. On fait prendre, par exemple, chaque jour, 4, 5, 6 bouteilles de 30 grammes chacune.

Ce procédé offre un double avantage. Il maintient la sécrétion lactée chez la mère et il facilite la digestion du lait de vache chez l'enfant, l'addition du lait maternel permettant une meilleure digestion. Le mélange des laits n'est pas, au contraire, une mauvaise chose.

Indiquons maintenant les principales circonstances dans lesquelles on aura recours à l'allaitement mixte.

Dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, pour permettre d'attendre l'établissement de la sécrétion lactée, si celle-ci est tardive.

Chez les femmes dont la sécrétion mammaire est trop faible ou chez celles que la pauvreté oblige à travailler et à abandonner leurs enfants une partie de la journée, il est des nécessités sociales devant lesquelles on est obligé de s'incliner. Dire : « Le lait de la mère appartient à son enfant » constitue une belle phrase, mais les mères nous répondront : « Nourrissez-moi, logez-moi, habillez-moi, avec mon enfant, sinon laissez-moi travailler. » Dans ces conditions, l'allaitement mixte est bien préférable à l'allaitement artificiel.

Dans certains pays, en Italie par exemple, on a décrété que les femmes devaient nourrir leurs nouveau-nés. La loi italienne édicte que, dans tou-

te usine comprenant plus de 50 ouvrières, le chef d'établissement doit ménager une chambre d'allaitement et autoriser les femmes à venir y allaiter leurs enfants. Malheureusement cette loi n'est pas appliquée et, en France, il n'en est pas de semblable.

Il s'est cependant produit. chez nous, des initiatives dans ce sens. A Elbeuf, deux industriels ont réservé, dans leurs usines, une salle où demeurent les enfants et où les mères viennent allaiter. Ils ont fait plus, ils ont déclaré que, toutes les fois qu'un enfant serait élevé ainsi par la mère, dans leurs ateliers, il recevrait un livret de caisse d'épargne de 100 fr. Il faut espérer que ce louable exemple sera suivi.

D'autres femmes encore, malgré leur vif désir de nourrir. ne le peuvent que difficilement Celles en particulier qui sont malades, atteintes de grippe, d angines. ou d'autres maladies aiguës diminuant la quantité de lait. L'allaitement mixte est également utile chez les mères menacées de tuberculose ; il leur permet sans trop se fatiguer de donner un peu le sein et d'avoir ainsi des enfants bien portants.

Autre circonstance : les nourrices mercenaires. C'est une nécessité sociale contre laquelle on a beaucoup protesté, mais qui demeurera longtemps encore. malgré ces protestations. Il est des femmes riches qui n'ont pas de lait ; d'autres qui sont nerveuses, souffrantes et fournissent du lait de mauvaise qualité. Il existe, a-t-on dit justement, plus de mères que de bonnes nourrices. Ces parents veulent néanmoins élever leurs enfants avec le meilleur aliment, le lait féminin.

Le lait de la mère appartient à son enfant, je le veux bien, mais vous n'obtiendrez pas des gens riches qu'ils laissent mourir leurs enfants s'ils peuvent faire autrement. Les nourrices, d'autre part, vous objecteront : Il faut que je vive ? Et puis. il est des femmes qui ont une surabondance de lait ; pourquoi la société n'utiliserait-elle pas cet excès C'est pourquoi j'ai fait la proposition suivante : que les parents qui veulent une nourrice mercenaire la prennent avec son enfant. Cela se fait couramment pour les enfants débiles ; ces derniers tétant peu, la nourrice perdrait vite son lait si on ne le maintenait, en lui conservant son enfant dont les succions sont plus vigoureuses. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans tous les cas ? Vous auriez deux enfants s'élevant côte à côte, ce que j'ai pu, pour ma part, obtenir dans certaines familles.

Peut-être me traitera-t-on d'utopiste ; je pense néanmoins que ce sera la vérité de l'avenir. Le médecin doit s'efforcer de soigner et de sauver les enfants des riches, il doit protéger avec non moins d'attention les enfants des pauvres. L'association au même sein de l'enfant du pauvre et de l'enfant du riche sera peut-être une cause heureuse d'apaisement social !

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Une nouvelle méthode de traitement abortif de la Gonorrhée.

L'injection abortive au nitrate d'argent présente un grave inconvénient : faite avec la seringue ordinaire, elle ne comporte qu'une quantité de liquide insuffisante pour pénétrer dans tous les replis de la muqueuse uréthrale. Par contre. la méthode de Janet, qui permet de réaliser cette irrigation complète, reste inefficace dans le traitement abortif en raison du médicament employé, le permanganate de potasse en solution.

D'autre part, cette thérapeutique radicale ne peut être mise en pratique que durant un laps de temps restreint, car le gonocoque gagne rapidement les couches profondes de l'épithélium. Pour la réaliser dans les meilleures conditions, il faut donc un médicament capable de détruire la muqueuse, et c'est au nitrate d'argent qu'il faut s'adresser.

La nouvelle méthode, conseillée par Engelbreth, consiste en lavages suivant les préceptes de Janet, mais l'auteur utilise une solution de nitrate d'argent au titre de 1/4 à 1/5 pour cent. On fait, dit-il, au moins quatre lavages ; le deuxième étant pratiqué dans un espace de temps qui varie de six à douze heures après le premier ; les autres se succèdent à un intervalle de dix à douze heures, si bien qu'en 48 heures tout le traitement est terminé. On administre ultérieurement des balsamiques pour diminuer le spasme uréthral et lutter contre les infections secondaires.

Il est nécessaire de faire précéder les trois dernières injections d'une instillation de cocaïne (2 à 3 grammes d'une solution à 3 %) ; on agit de même pour combattre la douleur au moment de chaque miction.

Quand l'opération a réussi, l'urine devient et reste claire, quelques jours après la dernière injection ; sinon, elle reste trouble, le suintement purulent se rétablit.

Sur 30 malades traités de la sorte, 17 furent guéris en deux jours ; pour les autres l'évolution de la blennorrhagie resta bénigne et fut complète en 4, 6 ou 8 semaines.

Les meilleurs résultats furent obtenus chez les patients qui avaient présenté une incubation de longue durée, et qui offraient des gonocoques peu virulents ; en pareil cas, dit l'auteur, les microorganismes siégeraient dans la couche superficielle de l'épithélium. Aussi distingue-t-il la gonorrhée épithéliale et la gonorrhée profonde subépithéliale ; dans la première, le traitement abortif serait plus spécialement indiqué. On distinguerait la variété subépithéliale aux signes inflammatoires plus marqués que présenterait le méat urinaire.

L'appendicite et la pérityphlite chez l'enfant.

Contrairement aux idées généralement admises, l'appendicite est environ sept fois plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte ; ce fait s'expliquerait par la facilité avec laquelle les tissus adénoïdes s'enflamment durant les premières années de la vie, et par la richesse en lymphatiques du processus vermiforme.

Souvent, dans l'enfance, les douleurs appendiculaires sont mal interprétées, aussi les premières crises passent-elles inaperçues.

Une observation de Spieler (*Wien. Klin. Woch.*, nos 1-3 1904) nous démontre que même l'appendicite perforante est susceptible de subir une évo-

lution latente : l'enfant était mort brusquement d'un empyème thoracique, compliqué de péritonite généralisée, et l'autopsie démontra la présence d'un abcès pérityphlique, dû à une perforation appendiculaire ; cet accident primitif était de date ancienne, et il avait été méconnu au moment de sa production. Ces pleurésies purulentes secondaires s'expliquent par la présence des nombreuses voies lymphatiques qui font communiquer les plèvres et le péritoine au travers du diaphragme.

Chez l'enfant, les formes graves, les appendicites perforantes et gangreneuses compliquées de péritonite diffuse, sont de beaucoup plus fréquentes que chez l'adulte. La statistique de Spieler comporte 36 cas, dont 27 opérés, parmi lesquels on trouve 23 fois l'appendice perforé ou gangreneux, soit 2/3 de tous les cas ; chez 16 enfants, il y avait péritonite progressive ou généralisée.

Le processus gangreneux semble évoluer avec une rapidité extraordinaire. Chez un malade, on notait déjà de la gangrène et de la péritonite généralisée seize heures après le début des accidents. Comme chez l'adulte, une virulence atténuée des germes pathogènes produit plus volontiers un abcès périappendiculaire, alors qu'une virulence plus grande amène facilement la gangrène.

Le rôle et l'importance de cette virulence sont démontrés par une observation, dans laquelle, sans ulcération de la muqueuse, c'est-à-dire sans perforation, la mort survint au bout de 48 heures par péritonite septique ; l'examen bactériologique démontra la présence du streptocoque en culture pure. En pareil cas, ce sont les scybales qui peuvent créer la porte d'entrée du virus en déterminant des ulcérations superficielles de la muqueuse ; ils ont été trouvés 11 fois sur 16 par l'auteur. La formation de ces concrétions s'expliquerait par un processus inflammatoire primitif. (Quand la muqueuse est tuméfiée, il y a facilement rétention de matières fécales dans l'appendice). Plus rarement, ces calculs stercoraux se développent autour des corps étrangers. Ceux-ci ne sont d'ailleurs qu'exceptionnellement rencontrés.

Les anomalies de forme, de dimensions, de situation de l'appendice, sa torsion, aggravent toujours l'affection.

La statistique de Spieler montre avec quelle vigueur l'organisme infantile est capable de lutter contre une péritonite diffuse, consécutive à la pérityphilite : quoique cette complication fût notée chez 16 enfants sur 27 opérés, il n'y eut que 4 décès. Neuf malades guérirent, dont trois présentaient déjà des signes indubitables d'infection générale. Les infusions sous-cutanées d'eau salée rendirent toujours de précieux services ; elles étaient souvent répétées plusieurs fois dans la journée, diminuaient la sensation de soif, calmaient les vomissements, élevaient la tension artérielle.

La leucopénie est un symptôme très fâcheux ; elle démontre d'une manière certaine que l'organisme succombera dans sa lutte contre l'infection.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur recommande l'expectation tant que le diagnostic ne peut être posé avec certitude ; mais aussitôt l'appendicite reconnue, il estime qu'il faut intervenir, faire la laparotomie, extirper l'appendice, rechercher et évacuer tous les foyers purulents.

La destruction par la chaleur du bacille tuberculeux dans le lait.

Rullmann a contrôlé les expériences de Forster (Strasbourg), et il arrive aux conclusions suivantes : il est possible de détruire d'une manière certaine tous les germes pathogènes dans le lait, en le maintenant pendant une heure à la température de 68°, sous agitation continuelle ; les températures inférieures ne suffisent pas.

Le lait, ainsi chauffé, puis rapidement refroidi possède une saveur qui ne diffère pas de celle du lait cru ; grâce à ce procédé, les albumines et la lécithine ne subissent aucune altération ; les enzymes ne disparaissent pas, ainsi que le fait se produit à 69° et au-dessus. (*Münch medecin Woch.* 1904, n° 12.)

Ces données seront des plus précieuses pour l'alimentation des nourrissons ; reste à construire un appareil pratique, qui permette de réaliser facilement cette pasteurisation spéciale.

OPHTALMOLOGIE

Erosion récidivante de la cornée et névralgie du trijumeau.

Les érosions récidivantes de la cornée ont depuis longtemps soulevé de nombreuses controverses au sujet de leur genèse. Peters estime qu'elles ne constituent pas une entité morbide, et ne sont que le symptôme d'une maladie. Voici d'ailleurs à quelles conclusions s'est arrêté cet auteur, en se basant sur une série très complète d'observations cliniques. Le traumatisme, dit-il, lèse les terminaisons nerveuses de la cornée, d'où l'apparition d'une névrite, puis d'un œdème dans des zones jusque là indemnes. L'œdème est la cause de la desquamation épithéliale ; il en reste des vestiges dans les périodes silencieuses, et ce sont ces vestiges qui produiront plus tard une nouvelle atteinte. Il est à remarquer que certains de ces signes, tels que la desquamation épithéliale, l'œdème, les troubles de la sensibilité, se retrouvent aussi dans l'ulcère discoïde et serpigineux ; or c'est la communauté de ces symptômes qui prouve le rôle important joué par les nerfs dans ces affections.

Les observations de Bartels (*Münch. Med. Woch.* 1904, n° 17) confirment le rôle pathogénique attribué aux nerfs par Peters dans les érosions récidivantes de la cornée ; mais elles apportent aussi un nouvel élément d'appréciation.

Obs. 1. Une femme, âgée de 44 ans, bien portante et sans antécédents héréditaires, se piquait avec un brin de paille sous la paupière supérieure gauche ; après avoir éprouvé, huit jours durant, de violentes douleurs dans l'œil, elle allait trouver un médecin, qui extirpait le chaume. Une ulcération aurait persisté, et guéri en 2 ou 3 semaines. Au bout d'un mois, nouvelle inflammation intense de l'œil sans cause extérieure appréciable ; guérison en quelques jours. Ces mêmes phénomènes se répètent depuis lors tous les huit ou quinze jours : jour et nuit la malade éprouve des violentes douleurs qui s'irradient au front et à la nuque : l'œil devient rouge ; l'érythème cutané s'étend aussi depuis

l'orbite jusqu'à l'oreille ; puis dès le lendemain du début, toutes ces manifestations disparaissent une à une, mais elles persistent le plus longtemps au niveau du globe oculaire. Au bout de six jours, tout est rentré dans l'ordre.

Cinq mois après le premier accident, la malade se présentait à la clinique de Bartels : sur la cornée gauche, légère opacité grisâtre en dessous de la pupille ; en haut et en bas, deux facettes en godet sans opacité ; sous la paupière supérieure, aucune trace appréciable d'ulcération antérieure.

A gauche seulement, les points d'émergence des trois branches du trijumeau, le point sus-orbitaire en particulier, étaient très sensibles à la pression ; au niveau de ce dernier, hypéralgésie à la piqûre d'aiguille. A gauche également hyperesthésie marquée de la cornée et de la conjonctive.

Le reste du système nerveux ne permettait de faire aucune constatation anormale. La malade est facilement impressionnable. Ainsi dans ce cas étaient survenues de nombreuses récidives après une lésion première de l'œil : c'était une desquamation de l'épithélium dans des zones qui n'avaient pas été le siège d'une altération directe, ainsi que le fait s'observe pour les érosions récidivantes de la cornée. Les facettes en godet, sans aucune opacité, étaient une preuve de ce phénomène. En outre, cette femme présentait les signes d'une névralgie du trijumeau correspondant à l'œil lésé, névralgie particulièrement marquée au niveau de la branche sus orbitaire. Celle-ci était caractérisée par des points douloureux à la pression, de l'hypéresthésie et des crises typiques. Cette névralgie avait été déterminée par l'excitation intense des terminaisons périphériques du nerf trijumeau produite par le chaume, qui avait séjourné huit jours sous la paupière supérieure ; et il s'agissait d'une névralgie idiopathique puisque le fait se produisait chez une prédisposée.

Or, nous savons que dans les crises de névralgie sus-orbitaire on peut observer, sans blessure préalable de la cornée, la malformation de petites vésicules (herpès névralgique de la cornée). Dans l'observation précédente, on trouvait, entre les crises, des signes évidents, qui prouvaient la persistance de la névralgie, alors que la cornée présentait seulement des lésions guéries. Il semble logique, dit Bartels, de regarder les éruptions répétées comme des conséquences indubitables de la crise névralgique, et l'on peut se demander si toute ulcération récidivante de la cornée ne s'accompagne pas d'une névralgie du trijumeau, qui, bien mieux que toutes les théories émises jusqu'à présent, expliquerait les récidives.

Peters, en effet, tout en reconnaissant une influence nerveuse dans la genèse de l'affection, admettait qu'entre les différentes périodes d'érosion, il fallait attribuer à l'œdème la persistance de l'affection. Mais s'il y avait œdème en permanence, un organe aussi sensible que la cornée présenterait certainement des traces d'inflammation, de la douleur, un peu d'injection. La névralgie du trijumeau, également constatée dans l'observation II, explique mieux cette pathogénie particulière.

« Obs. II. Une femme, âgée de 42 ans, reçoit dans l'œil gauche une feuille de palmier (novembre 1902). Après huit jours de souffrances violentes, elle va consulter un médecin qui constate une érosion épithéliale sous la pupille et des manifestations inflammatoires d'une grande intensité dans tout l'œil. Guérison en quelques jours. Au bout d'un mois, nouvelle crise érosive avec violentes douleurs. Espacés de quelques semaines, pareils phénomènes se répètent encore à trois ou quatre reprises différentes, pour disparaître définitivement à la suite d'un pansement et de l'administration d'aspirine.

Un an plus tard Bartels voit la malade : sur la cornée gauche, en dessous de la pupille se trouve un petit point très fin. La sensibilité de la cornée et de la conjonctive est égale des deux côtés. Cependant le point sus-orbitaire est plus sensible à la pression du côté gauche que du côté droit. »

Cette malade présentait donc, un an encore après sa dernière crise, des signes anormaux du côté de son nerf trijumeau, elle était de plus d'un tempérament excitable.

Les observations de Bartels semblent démontrer l'influence des névralgies du trijumeau (nerf sus-orbitaire) sur les érosions récidivantes de la cornée. Chez la malade qui fait le sujet de l'observation I, on notait, en effet, à chaque production érosive, une recrudescence des manifestations névralgiques avec troubles vaso-moteurs de la paroi.

Il est à remarquer que les malades atteints présentaient toujours un tempérament nerveux ; et ce fait permettrait d'expliquer pourquoi toute blessure de la cornée n'est pas invariablement suivie d'érosion récidivante ; celle-ci ne se produirait que chez les individus prédisposés, atteints de nervosisme, chez lesquels une lésion des terminaisons nerveuses de la cornée, déjà plus facilement altérables, donnerait lieu à une névralgie du trijumeau, ou tout au moins du rameau sus-orbitaire — Sans prédisposition, sans nervosisme antérieur, la lésion d'un ramuscule nerveux pourrait occasionner une névralgie, et dans le cas d'une lésion cornéenne, celle-ci serait simple, non récidivante — (Une observation rapportée par Bartels).

En présence d'érosions récidivantes de la cornée, il faut toujours rechercher la névralgie du trijumeau ; et ces idées pathogéniques ouvrent des horizons nouveaux à la thérapeutique de l'affection.

Le malade sera condamné au lit ; on appliquera sans discontinuer des cataplasmes chauds sur l'œil et les points d'émergence du trijumeau ; enfin on prescrira à l'intérieur trois ou six grammes de salicylate de soude par jour. Ce traitement sera continué pendant une période de 4 à 8 jours, suivant la gravité du cas.

On peut aussi donner du pyramidon; 0,30 cent. 3 ou 4 fois par jour.

Si les douleurs sont très vives, on injecte à chaque point d'émergence une demi-seringue de Pravaz de la solution de Schleich :

Morphine....................	0,02
Cocaïne.....................	0,10
Chlorure de sodium........	0,30
Eau distillée...............	100

(Solution facilement altérable).

Enfin les courants électriques continus sont d'un effet remarquable ; l'anode est placée au

lieu d'émergence. On donne progressivement 0,5, puis 2, et 3 milliampères. La première séance dure 2 à 3 minutes ; puis on arrive bientôt à une durée de 10 et 20 minutes.

Dr G. F.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La réforme des études médicales

M. le professeur Truc (de Montpellier) est un des maîtres qui ont déjà parlé de cette question avant que l'enquête du « Concours médical » fût ouverte. Nous demandons au *Bulletin médical* la permission de lui emprunter l'article que vient de lui adresser M. Truc, car il a sa place marquée au milieu des interviews que recueille si bien M. le Dr P. Lacroix pour l'édification de notre prochaine Assemblée générale.

L'enseignement de l'anatomie et la scolarité médicale.

Par M. le prof H. Truc (de Montpellier).

Dans une publication antérieure sur l'enseignement médical dans les Universités françaises j'ai signalé la durée insuffisante de la scolarité actuelle et l'urgente nécessité d'établir, en sessions de fin d'année, les examens de doctorat.

Avec une scolarité de cinq ans (ce qui diminuerait peut-être le nombre excessif des étudiants mais allongerait fort peu les études) et en reportant à juillet et novembre les examens définitifs, on pourrait enseigner convenablement la thérapeutique, l'hygiène, la médecine légale, la déontologie, l'histoire, et harmoniser les études et les examens dont la discordance fausse tout l'enseignement médical.

Le programme serait alors le suivant :

1re *année*. — Anatomie, histologie, embryologie.

2e *année*. — Physiologie, physique et chimie médicales, parasitologie, microbiologie. Cliniques imposées.

3e *année* — Pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements. Cliniques imposées.

4e *année*. — Pathologie médicale, anatomie pathologique, thérapeutique et matière médicale. Cliniques imposées.

5e *année*. — Hygiène, médecine, déontologie, histoire. Cliniques au choix.

Horaire. — Matin, de 8 à 11 heures, cliniques ; soir, de 1 à 3 heures, laboratoires ; de 4 à 6 heures, leçons.

Examens de doctorat.— En sessions de juillet et novembre.

Clinique: médecine, chirurgie, accouchements.

Thèse facultative pour la pratique, et obligatoire dans l'enseignement à tous les degrés.

Pour la réalisation de ce programme, il convient d'enseigner l'anatomie, avec l'histologie et l'embryologie en une seule année.

Vu son importance fondamentale, on pourrait le contester ; mais je le crois possible et, tout en m'excusant je vais essayer de le démontrer.

Actuellement, l'examen d'anatomie ayant lieu après la 6e inscription, l'enseignement correspondant comporte trois semestres. Il y a, en outre, après la 8e inscription, avec l'examen de physiologie, l'anatomie ou histologie microscopique, et, après la 10e inscription, avec la médecine opératoire, l'anatomie topographique.

N'est-ce pas exagéré ?

L'anatomie reste toujours la base de la médecine et de la chirurgie, mais ne constitue pas toute la médecine ni même la chirurgie. Une maison n'a pas que des fondations ; il lui faut des murs, correspondant, si l'on veut, aux pathologies, des cloisons comme sciences annexes, et enfin une toiture, qui serait la thérapeutique et ses applications multiples. Tout compte fait, l'anatomie, avec l'histologie et l'embryologie, absorbe la moitié de la scolarité. L'autre moitié peut-elle vraiment suffire aux diverses études médico-chirurgicales ? Et qu'on ne dise pas que l'étudiant, préparant son anatomie, fait aussi sérieusement de la pathologie, de la clinique, etc. ; il ne songe et ne peut songer qu'à son examen immédiat d'anatomie.

Que de fois nos stagiaires en deuxième et troisième année ne nous demandent-ils pas l'autorisation (et ils s'en dispensent souvent) de délaisser les cliniques pour préparer leur examen d'anatomie ou d'histologie !

L'anatomie, pour l'élève, représente presque toute la médecine ; l'examen correspondant heureusement subi, le reste ne compte guère. La physiologie n'est qu'un accessoire, les pathologies, en dehors des accouchements, sont affaire de petits manuels : l'hygiène, la médecine légale, la thérapeutique, viendront en dernière heure : quant aux cliniques générales ou spéciales, question de jury à la dernière minute. Peut-être dans l'ancien régime, avec les examens de fin d'année, les doctorats après la seizième inscription, la bactériologie, la pathologie expérimentale et les cliniques spéciales en moins, une scolarité traînante, on formait encore de vrais praticiens ; avec le système actuel, en dehors de l'internat et de quelques laborieux, c'est plus difficile. Beaucoup deviendront bons médecins, avec le temps, l'expérience, la responsabilité ; ils ne le seront guère à l'issue de la Faculté.

L'anatomie (avec l'histologie et l'embryologie) comme la physiologie (avec la physique et la chimie biologiques ou médicales), reste toujours le fondement de la médecine, mais ne peut vraiment absorber la moitié de la scolarité. En raison des nécessités nouvelles, son enseignement doit être établi d'une manière plus simple, plus pratique et surtout plus rapide, dans les livres, aux cours, à l'amphithéâtre de dissection.

Les *livres* classiques sont absolument remarquables. Il y en a de grands, de moyens et de petits, surtout des grands, avec un texte soigné, des tableaux, des figures irréprochables.

Tout cela facilite singulièrement l'étude. Mais s'agit-il seulement, en l'espèce, d'anatomie médico-chirurgicale ?

Les praticiens de nos jours ne semblent ni meilleurs anatomistes ni meilleurs cliniciens.

Les *cours* d'anatomie sont d'ordinaire très bien faits ; je n'en connais que d'excellents. Parfois, cependant, c'est comme dans les livres : trop de détails et de minuties. Telle ligne d'insertion est fouillée dans sa lèvre externe, sa lèvre interne, son interstice, à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs, avec obliquité d'avant

en arrière, de dehors en dedans et de bas en haut sans compter les anomalies.

Hors de là, point de salut.

L'enseignement anatomique, surtout médical. professionnel, n'a pas, en outre, à faire double emploi avec l'enseignement de l'histologie. de l'embryologie, de la médecine opératoire ou de la chirurgie; enfin et surtout il doit presque se borner à des conférences pratiques (1).

L'ostéologie. la syndesmologie. la myologie, l'angéiologie, la névrologie. sont affaire de simples démonstrations directes ; le système nerveux. les organes des sens, la splanchnologie relèvent, en grande partie, de l'histologie; en dehors de quelques leçons générales ou de quelques points difficiles, seule, l'anatomie topographique mérite une exposition systématique. Tout cela, enseigné en détail, exigerait de longues études ; exposé simplement, une année y suffirait largement.

La *dissection* prête particulièrement à la critique. On demande pour elle toujours plus de temps et de sujets. Il y a là une erreur d'appréciation. Ancien aide d'anatomie et prosecteur, j'ai pu le constater jadis : l'étudiant n'apprend guère d'anatomie sur le cadavre, il lui faudrait pour cela de longues années de dissection. Question de mesure.

Presque toute l'anatomie descriptive peut être, d'ailleurs, étudiée sur des pièces préparées d'après la méthode de Laskowski, ou sur des pièces maintenues dans des liquides à conservation presque indéfinie. Seules quelques parties et les régions principales méritent une dissection personnelle ; et cette dissection doit servir systématiquement, à tour de rôle, à de nombreux camarades.

Une année entière me paraît, dans ce sens, largement suffire.

En somme, l'enseignement anatomique, avec les ouvrages, les cours et les dissections actuels. exige un temps excessif et des efforts superflus. Il est trop étendu, trop en dehors de la médecine et de la chirurgie, trop prolongé surtout. Son importance scolaire est disproportionnée avec sa portée scientifique et professionnelle. Cela ne peut durer.

Il y aurait lieu de réduire l'étude de l'anatomie, de lui donner, dans les livres, à l'amphithéâtre et au cours. son vrai caractère applicatif et professionnel. L'anatomie garderait sa valeur et son importance, mais exigerait moins de temps et de labeurs. On pourrait l'enseigner et l'apprendre dans une seule année, avec l'histologie et l'embryologie, de manière que l'examen définitif correspondant puisse être subi en juillet et novembre. On aurait ainsi une répartition plus équitable et plus en harmonie avec les besoins scientifiques et professionnels des étudiants. Cela permettrait, enfin, l'application d'un programme médical rationnel, le parallélisme absolu des études et des examens, et l'étude suffisante de toutes les matières indispensables à la profession médicale.

(1) Il est évident que, dans ces conditions nouvelles, le personnel assistant (aides, prosecteurs) doit être plus nombreux et que les professeurs assujettis à un enseignement continu méritent une rémunération double ou triple de celle d'aujourd'hui Pourquoi persiste-t-on dans la gratuité obligatoire de tous les cours magistraux ?

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat Médical de la Vallée du Rhône

Réunion du 7 juin 1904

Le Syndicat médical de la vallée du Rhône s'est réuni le 7 juin 1904. à Saint-Rambert-d'Albon, sous la présidence de M. le docteur Sarda, d'Annonay, président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Admissions. — Les candidatures des confrères :

Rocheblave (de Valence), présenté par MM. Sarda et Fayard.

Roure (de Valence), présenté par MM. Sarda et Fayard.

Faure (de Vienne), présenté par MM. Grésillon et Barbier.

Pinet (de Pont Évêque), présenté par MM. Grésillon et Barbier.

Tournaire fils (de Tain), présenté par MM. Tournaire père et Lévêque.

Arnaud (de Saint-Félicien), présenté par MM. Sarda et Lévêque.

Crébassol (de Saint-Uze), présenté par MM. Pangon et Cuniot.

Coste (d'Anneyron), présenté par MM. Laurent et Cuniot.

Sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

Démissions. — Les démissions des confrères Baissas, Lannois et Vernay, qui respectivement ont quitté Saint Uze, Anneyron et Vienne, sont acceptées.

Répression de l'exercice illégal. — 1° Plusieurs faits d'exercice illégal de la médecine par des accoucheuses étant signalés, le bureau est invité à adresser une circulaire aux sages-femmes, pour les prévenir que le Syndicat est décidé à poursuivre énergiquement celles d'entre elles qui commettraient des agissements délictueux, en sortant des limites de leur profession, que la loi fixe à la pratique des accouchements simples.

2° Des poursuites contre R... (d'Andance), seront intentées dès que les éléments d'une nouvelle action judiciaire auront été réunis.

3° Plusieurs confrères, possédant déjà des preuves suffisantes pour engager des poursuites, déposent des plaintes contre le sieur C.., dentiste à Vienne, qui se livre dans son cabinet et même à domicile à l'exercice illégal de la médecine en se couvrant d'un titre américain non valable en France. Le Syndicat prend à cet égard les résolutions suivantes :

a) Le Président écrira au sieur C... pour l'avertir que, s'il continue à se livrer à l'exercice de la médecine en dehors de l'art dentaire, des poursuites seront exercées contre lui à la requête du Syndicat.

b) Si l'avertissement, ainsi préalablement donné reste sans résultats, le Bureau déposera une plainte au parquet, le Syndicat se portant partie civile s'il y a lieu.

4° Le docteur Laurent (de Saint-Rambert-d'Albon) est délégué pour représenter le Syndicat médical de la vallée du Rhône à la Commission

d'initiative du Congrès pour la répression de l'exercice illégal.

Le Syndicat vote une somme de 50 francs pour ce même Congrès.

Obsèques. — Le Syndicat a envoyé une couronne aux obsèques du confrère Richoux, décédé à Anneyron.

Union des Syndicats médicaux du Sud-Est. — En ce qui concerne son adhésion définitive à l'Union des Syndicats médicaux du Sud-Est, le Syndicat estimant qu'il ne possède pas encore des éléments suffisants d'appréciation sur cette organisation nouvelle, dont il reconnaît en principe l'utilité, décide de renvoyer à la séance de novembre la discussion et le vote sur cette question.

Admission des malades aisés dans les hôpitaux.— Après discussion, M. Rocheblave est chargé de préparer, pour la prochaine réunion, un rapport sur les mesures les plus efficaces à adopter pour empêcher ou, dans tous les cas, restreindre l'admission des malades aisés dans les hôpitaux.

Assistance médicale. — M. Lévêque est également chargé d'établir un rapport sur les modifications qu'il pourrait y avoir lieu de réclamer à l'organisation, au fonctionnement et aux tarifs de l'Assistance médicale gratuite dans les trois départements de l'Ardèche, de la Drôme et de l'Isère. Ce rapport sera discuté dans la prochaine séance.

Prochaine séance. — Le bureau fixera ultérieurement le lieu et la date de la prochaine réunion qui se tiendra probablement à Vienne, le 6 novembre 1904.

Le Secrétaire,

Docteur Fayard.

CORRESPONDANCE

La paille et la poutre en matière de publicité dans les journaux médicaux.

Nous condamnons souvent ce que nous voyons faire par autrui sans nous rendre compte que nous agissons de telle sorte qu'autrui serait en droit de nous reprocher notre conduite.

C'est ainsi que nous critiquons la réclame éhontée qui s'étale à la quatrième page des journaux et souvent à la deuxième, quand ce n'est pas à la première.. Tous ces marchands de remèdes merveilleux font des rentes aux feuilles publiques en vidant les poches de M. Gogo dit « Tout le monde ».

Naturellement notre vertu pudique s'indigne et nous ne marchandons ni le blâme ni la critique.

Faisons-nous mieux ?

Quel est celui de nos journaux médicaux (de ceux qui ont des abonnés) qui n'afferme sa publicité au prix le plus élevé possible ? Parcourez-la, cette publicité, et vous verrez qu'elle ne diffère que bien peu de l'autre.

Dernièrement, dans une feuille très lue, dont le comité de rédaction comprend cinq ou six des représentants les plus autorisés de l'Ecole de Saint-Louis, je lisais une réclame assurant guérir la pelade au moyen d'un onguent.

Combien de temps a paru cette réclame avant qu'elle ne me tombe sous les yeux ; je ne saurais le dire ; j'ajoute qu'il m'a suffi de signaler le fait pour que la suppression ait lieu.

Et cet autre, qui a découvert le microbe de la chute des cheveux et qui combat la séborrhée par la lotion X. Y. Z... Je parie trouver son cliché dans plus de dix de nos journaux médicaux.

Le comble c'est enfin celle, qui date de huit jours : dans un journal de médecine je trouve, après un article sur l'exercice illégal, sur les pénalités qui attendent le médecin s'associant à une personne étrangère à la profession, etc., etc., je trouve, dis-je, l'analyse faite avec éloge et bienveillance d'un livre de M. X., le grand-maître du magnétisme, qui passe son temps à traiter les médecins d'ignorants et à braver les lois...

Ayons donc un peu d'attention et surveillons notre publicité ; sans cela nous nous verrons exposés à mériter les reproches que nous allons bientôt adresser aux autres (Congrès pour la répression de l'exercice illégal).

Cette besogne de propreté est nécessaire ; la dignité l'exige : ce serait faire bien naïvement le jeu d'un adversaire que de nous laisser prendre nous-mêmes en flagrant délit.

Ce serait l'histoire de la *paille et de la poutre.*

Dr Ch. Levassort.

N. D. L. R. — Au dévoué sécrétaire du Congrès d'exercice illégal nous ne pouvions refuser la publication de cette lettre, mais nous déclarons ne pas mériter personnellement le reproche qu'il formule, car nous mettons tout le soin possible à sélectionner notre publicité afin d'avoir le droit de la recommander hardiment et efficacement, et de rendre à nos confrères sur ce point, comme sur les autres, tous les services qu'ils attendent de nous.

La Fédération du Prolétariat médical.

Ollioules, le 6 juillet 1904.

Mon cher confrère.

Après plusieurs lectures de l'article du docteur Verhaeghe, il m'a paru qu'on pouvait tirer les conclusions suivantes de son raisonnement, que l'on pourrait appeler, sans intention d'offense aucune, à voie étroite :

1° La systématisation de la médecine est un mal.

2° Le mal n'est pas *fatal* puisque la Fédération nationale du Prolétariat médical de France est destinée à l'atténuer le plus possible, à *émanciper* certains médecins (ceux qui sont déjà pris dans l'engrenage) à *conserver l'indépendance* des autres.

3° Le but à viser n'est pas d'organiser le prolétariat médical (ce qui serait le meilleur moyen de le rendre durable), mais de le supprimer.

4° Les Syndicats médicaux tout court sont désignés pour poursuivre cette œuvre et aucune bonne volonté ne devrait s'écarter d'eux.

Veuillez agréer.

Dr Laporte.

Des modèles de tarifs s. v. p.

Mon cher confrère,

Auriez-vous l'obligeance de faire insérer dans le *Concours* la note suivante :

Dans sa dernière session, le Conseil général de l'Ain a nommé une commission chargée de réviser le tarif de l'Assistance médicale gratuite. Les trois syndicats médicaux de l'Ain ont chacun nommé un délégué chargé de représenter les intérêts des médecins auprès de la commission.

Le 9 juillet, a eu lieu la première réunion et, en commun a été arrêté un plan de travaux. Le Dr Boudin, d'Oyonnax, chargé de faire un rapport, prie instamment ses confrères des divers départements de lui envoyer *au plus tôt* le tarif de l'Assistance dans leur département. Son rapport doit être fait bientôt, car la nouvelle réunion aura lieu le 18 août.

Signalons que c'est la première fois que, dans

l'Ain, les Syndicats médicaux sont consultés et ainsi officiellement reconnus. It importe donc de permettre au Dr Boudin de faire un travail documenté pour qu'à l'avenir les questions médicales soient résolues par des médecins.

Veuillez agréer, mon cher confrère, mes sincères salutations.

Dr Boudin.
Oyonnax (Ain).

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Lettre ouverte à tous les médecins de France.

Mon cher Confrère,

Le Syndicat de la région dont vous faites partie vous a certainement appris que l'Union des Syndicats Médicaux de France avait pris l'initiative d'un Congrès pour la répression de l'Exercice illégal de la Médecine, Congrès qui doit se tenir en mai 1905, à Paris, sous la Présidence effective de M. le Professeur Brouardel.

Cette question intéresse au plus haut point tous les médecins, sans distinction de parti ni d'opinion. Lequel d'entre vous ne s'est pas trouvé lésé par quelque guérisseur sans diplôme ou n'a pas assisté au passage de ces voitures pleines de bandages que des commis-voyageurs viennent sous vos fenêtres vendre des prix fous à vos malades inconscients ? Lequel d'entre vous n'a pas vu un eczémateux envoyer 40 francs au fameux pharmacien dont « l'offre humanitaire est la conséquence d'un vœu » ? Qui donc enfin n'a pas vu passer dans sa ville « l'Eminent spécialiste d'une non moins célèbre Académie dermothérapique » qui fait entendre les sourds, et distribue moyennant 20 francs l'audiphone invisible du professeur Bernard ? »

Connaissez-vous, mon cher confrère, un médecin qui ne soit écœuré par ce brigandage médical !

Vous conviendrez donc de l'intérêt qu'il y aurait à donner la chasse à tous ces bandits toujours en quête d'une escroquerie à commettre à votre préjudice, et à tenter la destruction de ces parasites malfaisants.

Mais si, à la rigueur, au moyen de l'argus de la presse, les annonces scandaleuses qui paraissent dans les journaux locaux peuvent nous parvenir, il nous est impossible de savoir ce qui se passe *dans le pays où vous exercez*. Vous seul pouvez connaître les malades qui auraient à se plaindre des soins des charlatans. Vous seul pouvez, dans votre région, nous fournir les documents précis qui nous permettent de poursuivre à coup sûr tous ces médicastres exploiteurs de la crédulité humaine.

Voulez-vous donc, mon cher confrère, travailler pour la bonne cause et consentir à nous donner un peu de votre temps précieux.

Nous faisons à votre vigilance un pressant appel, convaincu du service immense que vous pouvez rendre au Corps médical tout entier. Ouvrez l'œil et les oreilles autour de vous. Interrogez les nouveaux malades qui viendront réclamer vos soins. Demandez-leur quel pharmacien, quel rebouteur les a soignés. Collectionnez les ordonnances. Informez-vous auprès de vos clientes du traitement fantaisiste, institué par la sage-femme ou la matrone. Si, par hasard, vous rencontrez un de ces malades qui se soit trouvé mal des soins d'un empirique ou d'un sorcier quelconque, et qui manifeste le désir de se plaindre, ayez pour lui les égards dus à un Messie. Poussez-le à conter ses peines au Parquet. Adressez-le comme un sauveur au Syndicat de votre région. Et le soir prenez la peine de rédiger en quelques lignes les observations que vous aurez pu faire dans la journée et adressez-les nous. Envoyez-nous des faits précis, des coupures de journaux, des annonces de tournées médicales, tous les renseignements que vous estimerez susceptibles d'intéresser l'Exercice illégal de la médecine. Vous êtes assuré de notre discrétion professionnelle ; vos lettres resteront confidentielles ; personne ne saura que vous avez écrit. Vous faciliterez ainsi le travail ingrat de ceux de nos confrères qui ont bien voulu accepter d'être les rapporteurs des diverses questions au Congrès pour la répression de l'Exercice illégal de la médecine. Ils trouveront dans les faits que vous leur signalerez des arguments décisifs, destinés à convaincre les tribunaux qu'en protégeant les charlatans ils favorisent sans s'en douter de colossales escroqueries et qu'il font courir à la santé publique un effroyable danger.

Veuillez agréez, mon cher confrère, l'assurance de ma parfaite considération.

Dr G. Saint-Aurens.

N. B.—*Prière d'adresser tous documents au Dr G. Saint-Aurens, Secrétaire général adjoint du Congrès pour la répression de l'exercice illégal, 14, rue d'Abbeville, Paris.* — Il fera parvenir aux différents rapporteurs, dont nous publierons prochainement la liste, tous les documents pouvant les intéresser.

REPORTAGE MÉDICAL

La loi sur les accidents au Sénat. — Dans la séance du 29 juin, le rapporteur de cette loi a essayé de faire inscrire en tête de l'ordre du jour, à l'improviste et sous prétexte qu'il n'y aurait pas de discussion, la 2e délibération en vue de laquelle MM. Gauthier et Treille avaient fait des réserves. Mais le président du Sénat s'est montré défiant et a tenu à consulter l'Assemblée qui, déclarant ainsi vouloir discuter à nouveau, a voté contre la proposition de M. Chovet.

Débit des drogues sur les places publiques en Belgique. — Dépêche à MM. les Gouverneurs des Provinces. — Bruxelles, le 5 mai 1904. — Monsieur le Gouverneur,

Mon attention a été attirée sur la facilité avec laquelle les administrations communales accordent à des charlatans l'autorisation de débiter leurs panacées sur les places publiques, particulièrement à l'occasion des foires et marchés.

Le moyen mis en œuvre par les intéressés pour obtenir cette autorisation varie peu; généralement, ils déclarent à l'officier de police chargé d'examiner les demandes d'emplacements forains, qu'il s'agit de la vente d'un seul produit simple, d'une efficacité certaine et d'une innocuité absolue. Une fois l'autorisation reçue, ils débitent différents produits, souvent composés et quelquefois très actifs.

Cette situation n'est pas sans offrir de sérieux dangers. Des médicaments sont vendus par ces marchands peu consciencieux à des personnes appartenant à la partie la moins instruite de la po-

pulation, qui les applique, sans discernement ancun, à toutes les maladies et à tous les âges. Etant préparés d'une manière très défectueuse, ces médicaments sont, du reste, dangereux par eux-mêmes à cause de leur manque d'homogénéité, de leur dosage défectueux ou de la mauvaise qualité des éléments qui entrent dans leur composition.

Ce danger est particulièrement grand en raison de la tendance qu'ont les charlatans à vouloir spécialiser, en quelque sorte, certaines maladies ; en effet, leurs soi-disant remèdes s'appliquent surtout aux maladies des yeux et à l'expulsion des vers intestinaux. D'une part, ils opèrent sur des organes des plus précieux et des plus délicats ; d'autre part, ils emploient les remèdes dits vermifuges et tœnifuges qui sont précisément ceux qui ont donné le plus de mécomptes aux thérapeutes, ceux qui ont occasionné le plus d'accidents.

Ils s'attaquent aussi à l'élément douleur dans toutes ses manifestations physiques. C'est ainsi qu'ils délivrent sans aucune précaution les révulsifs les plus énergiques, les toxiques les plus violents. Tandis que les praticiens réguliers sont soumis au sujet du débit de ces produits à une réglementation précise et sévère, les rebouteurs échappent à toute réglementation, à tout contrôle.

Il importe donc que les administrations communales cessent, non seulement au point de vue du respect et de la discrétion dont il convient d'entourer les actes médicaux, mais aussi dans l'intérêt même de leurs administrés de faire preuve d'une tolérance qui est en désaccord avec les lois et arrêtés sur l'exercice des professions médicales. Les drogues simples ne peuvent être vendues que par les pharmaciens et droguistes ; les médicaments composés ne peuvent être vendus que par les pharmaciens et les médecins autorisés. Les administrations communales doivent, par conséquent, refuser aux charlatans l'autorisation de vendre sur les places publiques des produits quels qu'ils soient, simples ou composés, inoffensifs ou toxiques, dès qu'ils sont destinés à remédier à un état de maladie ; elles doivent charger les agents de la police locale de dresser procès-verbal à ceux qui ne s'inclineraient pas devant ce refus ou qui exerceraient leur industrie sans avoir sollicité d'autorisation.

Je vous prie, Monsieur le Gouverneur, la saison des foires et marchés commençant, d'adresser à ce sujet des recommandations expresses aux administrations communales de votre province. (*Gazette médicale belge*) (1).

Le Ministre,
Baron M. VAN DER BRUGGEN.

Le droit du médecin de désigner de préférence une officine. — Nous avons rapporté à ce sujet dernièrement une communication de M. le Dr Leredde et un jugement favorables à ce droit. M. le Dr Merveille (de Liège) a discuté ce sujet dans son journal avec M. Breugelmans, secrétaire général de l'Union des pharmaciens belges.

Nous ne pouvons que nous associer aux conclusions que la *Gazette medicale belge* donne à ce débat et quelle formule ainsi :

1° Le droit du médecin de conseiller à ses clients de s'adresser à un pharmacien déterminé est incontestable et incontesté ;

2° Le droit du médecin de détourner ses clients d'une officine en se basant sur l'intérêt supérieur de ses malades, est proclamé par les jurisconsultes et par la jurisprudence ;

3° Le médecin doit, en règle générale, rester neutre entre les divers pharmaciens honnêtes et consciencieux qui l'entourent.

4° Le médecin a raison d'user de son droit de défiance envers les pharmaciens qui ne remplissent pas scrupuleusement leurs devoirs professionnels, qui font de la médecine derrière leur comptoir, qui sont d'une valeur scientifique évidemment insuffisante.

Encore une langue internationale. — Nous avons à signaler aujourd'hui la naissance du Spokil, qui nous est présenté par le Dr H. Nicolas en un volume édité chez Maloine, comme une concurrence à l'Esperanto dont nous parlions l'autre jour. Et voilà du coup l'unification encore menacée parce que les partisans de l'un vont évidemment combattre les adeptes de l'autre.

Concours public. — La Société de Préservation contre la Tuberculose décernera en mars 1905 un prix de 500 *francs* à l'auteur du mémoire (16 à 20 pages in-8) jugé le plus capable de servir la cause de l'éducation populaire anti-tuberculeuse.

Pour les conditions du concours, s'adresser au Secrétariat Général, 33, rue Lafayette, Paris.

Faculté et Hôpitaux.

Le concours du prosectorat de la Faculté de Médecine de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Grégoire et Baumgartner.

Le concours de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Papillon, Griffon, et L. Bernard.

Un cours de perfectionnement aura lieu du 18 juillet au 9 août 1904, à la clinique gynécologique de la Faculté, service de M. le Prof. Pozzi, à l'hôpital Broca.

Ce cours comprendra deux parties pour lesquelles on s'inscrit séparément.

1° Un cours d'anatomie pathologique et de clinique gynécologique, par M. le docteur Bender.

2° Un cours de thérapeutique gynécologique médico-chirurgicale par M. Dartigues. Les droits à verser sont de 50 francs pour chaque cours.

M. le Dr Fernand Bezançon, agrégé, chef de laboratoire de bactériologie, fera du lundi 18 juillet au samedi 30 juillet un cours sur le diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire. Le cours aura lieu tous les jours à 2 h. 1/2, et sera suivi de démonstrations pratiques. Les droits à verser sont de 60 francs. On s'inscrit les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h. (guichet n° 3) au secrétariat de la Faculté.

Pendant la période de vacances, aura lieu au laboratoire de pathologie et de thérapeutique générale, sous la direction de M. le Prof. Bouchard, un cours pratique de diagnostic médical, dans lequel seront passées en revue les méthodes de laboratoire utiles à connaître pour le clinicien.

Ce cours aura pour objet :

La séméiologie urinaire des différentes maladies, l'examen physique et clinique des urines, l'hématologie et le cyto-diagnostic, la bactériologie dans les applications à la clinique.

Le cours comprendra 20 leçons ; chacune d'elles comportant une conférence théorique suivie de manipulations correspondantes. Elles seront faites par MM. Desgrez, Claude, et Balthazard, agrégés à la Faculté.

Les conférences commenceront le 25 juillet et auront lieu tous les jours, le matin à 10 h. et l'après midi à 4 h. 1/2 le dimanche excepté.

Les droits à verser sont de 100 francs. On s'inscrit à la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h.

Le Directeur-Gérant : D H. JEANNE.

(1) Communiquée le 15 mai 1904 à MM. les Présidents des Commissions médicales provinciales.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 30 23 JUILLET 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc..

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CEZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Pour la bibliothèque du praticien.

Le mouvement qui donna naissance à l'*Association corporative des étudiants en médecine* et à son organe, la *Revue de déontologie*, fit sourire il y a deux ans quelques vieux barbons.

On ne s'imaginait pas que cette jeunesse. consciente de ses forces jusqu'à être portée à en préjuger parfois, répudierait les suggestions de l'arrivisme, si en honneur à notre époque, pour se lancer avec nous dans les luttes de la solidarité.

Et voilà qu'aujourd'hui nous coudoyons ses délégués dans toutes nos sociétés de défense et que leur collaboration nous apporte de précieux concours dont nous devons parler avec insistance pour leur faire, de propos délibéré, une nécessaire réclame, car ainsi le veut l'intérêt général.

Donc, trois thèses viennent de paraître qui mettent au point. à jour, trois des questions palpitantes de notre programme de défense : ces trois études ont leur place marquée dans la bibliothèque du praticien. Nous remercions chaleureusement les jeunes qui ont écrit ces trois pages de l'histoire de nos sociétés et notamment du *Concours médical*, et les bureaux de ce dernier sont mis à leur disposition pour assurer, chez les praticiens, la lecture et la méditation de ces travaux. Comme pour le *Tarif Jeanne*, comme pour *Les lacunes de la loi accidents*, du Dr Divernaresse, nous recevrons les commandes de ces trois études : *Le charlatanisme et les médecins*, par le Dr Saint-Aurens ; la *Mutualité et les médecins*, par le Dr Pierre Darin ; les *Syndicats médicaux*, par M. Camille Goret, docteur en droit.

— L'étude de M Goret a un caractère juridique général et social qu'il importait de faire ressortir pour les médecins syndiqués, qui, disons le mot, faisaient souvent du syndicat comme M. Jourdain faisait de la prose. Elle a été écrite pour la Faculté de droit, c'est à-dire sans enthousiasme de parti-pris, par un observateur impartial qui raconte, analyse, constate et conclut en se tenant à l'écart d'emballements que nos ardeurs professionnelles auraient peut-être provoqués. On n'en éprouve qu'une satisfaction plus vive à voir l'auteur conduit à approuver tous nos efforts, applaudir aux résultats obtenus, et déclarer légitimes toutes nos espérances.

— M. Saint-Aurens terminait ses études et rêvait d'une thèse sur l'exercice illégal de la médecine, au moment même où l'Union des Syndicats décidait l'organisation de son Congrès. Notre jeune et distingué confrère avait déjà recueilli une documentation abondante ; la commission organisatrice l'adjoignit à son secrétariat ; il y put encore glaner à son aise. Résultats : 1° la constitution du dossier de l'exercice illégal tel que nous le réclamions depuis des années pour le mettre sous les yeux systématiquement clos de la magistrature ; 2° une thèse, ou plutôt un livre, précédé d'une préface de M. le Dr Maxwel, avocat général à Bordeaux, livre qui contient tout le cadre des travaux du futur congrès et guidera ceux qui ont à y apporter leur contribution.

Nous nous sommes empressés de confier à ce collaborateur si bien préparé la rubrique « Exercice illégal » récemment ouverte dans ce journal. Quand nos lecteurs auront dévoré le livre du Dr Saint-Aurens, ils seront en communion d'idées

avec lui pour la chasse au « Requin médical », nom de baptême générique qu'il applique au charlatanisme protéiforme.

— Plus pratique encore, plus indispensable à chacun de nous, la thèse-document que nous devons à notre jeune camarade, le Dr Pierre Darin, fils du Dr Darin (de Chaville), l'un des présidents du Syndicat de l'arrondissement de Versailles, pupille lui-même de cet actif Syndicat, M. Pierre Darin a connu, suivi, vécu avec son père tous nos efforts faits depuis quinze ans pour assurer à la mutualité le plus cordial concours des médecins, mais à condition que nulle atteinte ne fût portée à l'indépendance et aux intérêts vitaux de notre profession. Il a retracé tout cela avec clarté, avec méthode, épuisant le sujet, signalant toutes les solutions, appréciant toutes propositions *même les plus actuelles*. Notre confrère, M. Toussaint, dont nous publions plus loin un intéressant article, n'aura qu'à lire « *La Mutualité et les médecins* ». de Pierre Darin, pour reconnaître qu'il a tort d'accuser les médecins de ne pas posséder ce sujet-là, et que, dans tous les cas, ils auront désormais un Manuel à leur disposition, un document capital donnant toute compétence pour les prochaines discussions (1).

Nous demandons instamment à nos lecteurs de lire et méditer les trois ouvrages que nous venons de signaler, de les conserver en bonne place et de les emporter à chacune des réunions de leurs syndicats pour s'y référer en cas de besoin.

Par les matières dont ils traitent, nous pouvons dire, sans exagération, qu'ils représentent bel et bien à cette heure la *Loi et les Prophètes*.

Dr H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'hygiène de la voirie.

Dans une communication à l'Académie de Médecine, M. le Dr Guglielminetti a déclaré que les résultats obtenus par le goudronnage des routes sont très satisfaisants : diminution considérable de la poussière en été, de la boue en hiver, diminution des frais d'entretien, balayage arrosage et ébouage, diminution même de l'usure de la route. Les huiles de goudron en pénétrant dans le sol de la route s'agglomèrent avec la matière d'agrégation ; le brai restant sur la route forme un sorte de pellicule résistante qui protège la route. Mais sur les routes dépassant 3 pour 100 de déclivité, cette croûte de goudron devient glissante pour les chevaux ; en outre il faut une série de beaux jours et des routes absolument sèches et en bon état d'entretien pour obtenir de bons résultats. C'est pour cette raison que nous avons, grâce au concours de la Ligue contre la poussière, essayé un nouveau produit, la Westrumite, qui est du goudron rendu soluble dans l'eau par une saponification ammoniacale. On jette ce produit à 10 pour 100 ou à 5 pour 100 dans un tonneau d'arrosage et on arrose comme à l'ordinaire : trois ou quatre arrosages consécutifs semblent donner un effet durable. Comme suppression de la poussière, les résultats ont été très remarquables à l'occasion du circuit des Ardennes et de la Coupe Gordon-Bennett à Hombourg. (*Progrès médical*).

(1) La thèse de M. le Dr Darin est dès maintenant à la disposition des confrères qui en feront la demande au bureau du Concours, franco contre l'envoi de 1 fr. 50.

Etiologie de l'appendicite.

M. le Dr Just Championnière, reprenant le cours des idées qui lui sont chères, a fait à l'Académie une nouvelle communication sur l'étiologie de l'appendicite d'après des documents nombreux venant de différentes sources et de différents pays.

La grippe paraît bien être le point de départ de l'appendicite. Mais, même due à la grippe, celle-ci se développe à peu près uniquement dans les pays où on use et on abuse de l'alimentation carnée. Elle est toujours plus grave chez ceux qui en abusent.

Quand l'appendicite existe, un seul remède nous en débarrasse, l'opération. Mais on pourrait la prévenir par le régime semi-végétarien et par le retour à l'usage périodique de la purgation.

Il est possible qu'une tendance analogue aux infections intestinales ait existé autrefois et que les abus de la purgation et des lavements dans la médecine ancienne aient eu cette origine très légitime.

L'enquête que vient de faire M. Championnière auprès de nombreux confrères a d'abord établi la rareté des accidents qui peuvent se rapporter à l'appendicite, avant l'apparition de la grippe. D'après les observations venues d'Australie, du centre de la France, du Midi, on voit que l'apparition de l'appendicite a coïncidé avec la grippe.

Mais après la grippe, là où elle apparaît en masse, c'est sur les mangeurs de viande, comme en Australie par exemple.

A Porto-Rico, elle n'est pas observée dans la population végétarienne, mais chez les envahisseurs américains mangeurs de viande.

En France, on constate la rareté générale ou l'absence totale de l'appendicite dans les populations végétariennes : on remarque la multiplication de l'appendicite à mesure qu'augmente l'usage de la viande. C'est ce qui résulte des observations en Bretagne, dans les populations des montagnes, dans le centre de la France, etc.

En Roumanie, une statistique des plus curieuses montre 1 cas sur 22 000 malades (population végétarienne), 1 cas sur 221 malades (population carnivore).

On peut faire les mêmes observations en Belgique, en Algérie, au Tonkin, en Nouvelle Calédonie.

Dans les prisons et dans toutes les agglomérations toujours soumises à la grippe, là où le régime est à peu près uniquement végétarien, on ne constate pour ainsi dire pas d'appendicite.

A Clairvaux, depuis 1900, le docteur Lutier a vu un seul cas d'appendicite.

A la Roquette, depuis cinq ans on a constaté à peine deux ou trois cas insignifiants dont le traitement sans opération n'a pas dépassé trois ou quatre jours. Cette statistique curieuse est à comparer à celles des lycées de Paris.

L'examen des statistiques de plusieurs établisse-

ments d'enseignement ou de couvents donne un même résultat ; pas d'appendicite là où le régime est très végétarien, appendicite au contraire dans un couvent où il est très carné.

A Nantes, chez les Clarisses et les Carmélites exclusivement végétariennes. pas d'appendicite ; il en est de même chez les Carmélites à Amiens, chez les Trappistines à Blagnac.

C'est donc très logiquement que M. Championnière peut conclure de tous ces faits que le régime alimentaire carné favorise les affections intestinales et l'appendicite après la grippe, que les réductions de ce régime (maigre intermittent sont à conseiller ; que la purgation est le remède préventif contre le développement de tous les accidents de cet ordre.

Suralimentation sucrée en thérapeutique

M. le Dr Toulouse a cherché à déterminer la valeur diététique du sucre dans les divers états morbides où il faut combattre l'amaigrissement. Pour cela, il a donné le sucre à doses élevées en plus de la ration d'entretien consistant en aliments ordinaires ou dans le régime lacté. Les doses de sucre ont varié de 50 grammes à 300 grammes par jour, représentant chez des femmes a maigries, jusqu'à 8 grammes de sucre par kilog. du corps. M. Toulouse ordonne du lait sucre aux malades qui sont au régime lacté. Quant à ceux qui sont au régime alimentaire ordinaire, ils prennent le sucre à la fin de chaque repas, sous forme de sirop.

Les résultats ont été remarquables. Les malades grossissaient, dès l'institution du régime, de 100 grammes par jour en moyenne ; à certaines périodes et chez certains sujets, cette augmentation de poids était de 500 grammes, par conséquent supérieure au poids de sucre ingéré. Des malades ont ainsi récupéré jusqu'au tiers de leur poids, passant en quelques mois de 35 à 48 kilos. Pendant la suralimentation sucrée, l'examen des urines indiquait généralement un abaissement du taux des matières azotées, sans que les rapports paraissent sensiblement modifiés. C'est avec le régime lacté à trois litres par jour que le sucre a eu l'action la plus intense.

Les inconvénients plus théoriques que pratiques du sucre (fermentations stomacales, troubles digestifs) n'ont pas été observés. Ces doses élevées de sucre ne passent pas dans les urines, chez les individus sains. Ces expériences montrent que le sucre est un agent prodigieusement actif, sans inconvénients visibles dans tous les états de dénutrition profonde, notamment dans les cas où les individus s'alimentent mal, même par suite de troubles digestifs.

Les injections de gélatine dans les anévrysmes.

Devant les nombreuses preuves d'hostilité de certains praticiens contre la méthode des injections de gélatine dans les cas d'anévrysmes, M. Lancereaux est venu rappeler à l'Académie les bons résultats qu'il vient encore d'obtenir sur 17 malades que la chirurgie eût été impuissante à guérir.

Après quelques injections, on constate la cessation des souffrances ordinairement très vives, qui accompagnent les anévrysmes aortiques, le durcissement de la poche anévrysmale et son retrait.

Certains malades, à la suite de ce traitement, ont pu reprendre leur profession à la condition d'éviter tout effort qui pourrait favoriser le décollement des caillots et une nouvelle poussée sanguine.

La solution dont se sert le Dr Lancereaux est la suivante :

Eau distillée.........	100 gr.
Chlorure de sodium..	7 gr.
Gélatine.............	25 gr.

La gélatine employée doit être une gélatine de choix, et la solution doit être stérilisée une ou même plusieurs fois à l'autoclave sous pression, à une température de 110 à 115° centigrades ; une injection de 200 grammes de cette solution est pratiquée tous les quatre ou cinq jours.

Ces injections n'ayant jamais été suivies d'accidents sérieux entre les mains de MM. Lancereaux et Paulesco, M. Lancereaux fait valoir que les accidents imputés à ce mode de traitement sont dus à un défaut de préparation dont la méthode ne peut être rendue responsable.

M. Lancereaux conclut :

1° La méthode des injections gélatinées appliquée au traitement des anévrysmes de l'aorte n'est nullement dangereuse, si on a le soin de se servir de solutions de gélatine de bonne qualité et bien stérilisées ;

2° Ces injections ont la propriété de favoriser la coagulation du sang dans le sac anévrysmal, et, de cette façon, elles contribuent à la cure des anévrysmes si redoutables des gros vaisseaux ;

3° Les accidents tétaniques ou autres constatés à la suite de l'application de cette méthode ont toujours été l'effet, ou bien de l'emploi de solutions de gélatine de mauvaise qualité, ou bien d'une stérilisation insuffisante des solutions usitées.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professseur Le Dentu.

Des abcès sous-diaphragmatiques.

Pour comprendre la pathogénie et les localisations des abcès sous-diaphragmatiques, il faut avoir présents à l'esprit les rapports respectifs de la cage thoracique, du foie, de l'estomac, de la rate et de l'intestin.

Sur une coupe transversale, selon un plan passant par le milieu du corps, vous voyez d'abord la section des côtes et la coupole du diaphragme ; puis, au-dessous de celui-ci, le foie à droite, la rate à gauche, et l'estomac entre les deux. Le foie est retenu au diaphragme par deux ligaments : l'un, le ligament dit coronaire, est dirigé

★

d'un côté à l'autre du corps; l'autre, le ligament falciforme ou suspenseur, inséré sur le précédent a au contraire une direction antéro-postérieure.

Nous trouvons à ce niveau six loges. Une première, circonscrite par le ligament falciforme à gauche, par le ligament coronaire en haut et en arrière, par le repli péritonéal, dit costo-colique droit, qui relie le côlon au voisinage du diaphragme, à droite : loge inter-hépato-diaphragmatique droite.

La seconde loge a pour limites la face inférieure du diaphragme, la partie supérieure du lobe gauche du foie : loge inter-hépato-diaphragmatique gauche.

La troisième loge, dite zone péri splénique, s'étend entre la grosse tubérosité de l'estomac, à droite, la face inférieure du diaphragme en haut, la rate et le côlon en bas.

La quatrième loge, également intéressante à connaître, est l'arrière-cavité des épiploons ou zone rétro-stomacale.

La cinquième loge est comprise entre la face inférieure du foie, la face antéro-supérieure de l'estomac et l'épiploon gastro-hépatique. C'est la zone gastro-sous-hépatique de Dieulafoy.

Sixième et dernière loge. enfin, fort curieuse également au point de vue pathologique. En arrière du ligament coronaire du foie.dont la direction générale est transversale, existe du tissu conjonctif en communication avec la région péri-néphrétique, elle-même en continuité avec la fosse iliaque, et vous voyez, dès lors, la possibilité de la transmission des inflammations du petit bassin et de l'appendice jusqu'à cette région rétro-hépatique.

Je résume en disant qu'il faut distinguer une loge inter-hépato-diaphragmatique droite, une loge inter-hépato-diaphragmatique gauche, une loge péri-splénique, une rétro-stomacale. une gastro sous-hépatique et une loge rétro-hépatique représentée par une longue bande de tissu conjonctif qui communique en bas avec la région péri-néphrétique et le petit bassin.

Vous allez comprendre maintenant la pathogénie des collections purulentes sous-diaphragmatiques ; c'est, en effet, dans ces espaces que se développent les abcès en question.

On peut diviser les abcès sous-phréniques en plusieurs catégories. Les abcès aigus, à marche rapide, parfois presque foudroyante, de beaucoup les plus nombreux et les abcès à évolution lente et chronique, plus rares.

Il est une autre distinction à laquelle on a attaché beaucoup d'importance, peut-être trop à mon avis : c'est la division en abcès gazeux et non gazeux. La présence des gaz dans ces collections peut se rattacher à deux ordres de causes. Tantôt ils proviennent des organes creux voisins, tantôt ce sont des gaz putrides dus à la migration de certains microbes. Bien que cette distinction soit très intéressante, je ne crois pas qu'elle doive primer la première et je me contenterai de la maintenir à titre de sous-division.

Nous arrivons maintenant aux causes de ces abcès. Les uns sont d'origine traumatique, et relèvent d'un choc plus ou moins violent sur la paroi abdominale ; les autres sont spontanés et se rattachent à des lésions des organes voisins. Les abcès aigus sont sous la dépendance d'états morbides de l'estomac, du gros intestin, du cæcum, de l'appendice, du foie, de la rate et même des reins, des organes génitaux de la femme. On les a notés à la suite de la dysenterie, des pancréatites, de la furonculose. du paludisme, etc. Quant aux formes chroniques, elles sont dues à une tuberculose primitive ou secondaire du péritoine ou à une lésion osseuse, carie des côtes, etc.

En ce qui concerne les traumatismes, leur action provocatrice est des plus simples. Une petite rupture du foie peut ne pas s'accompagner de large hémorrhagie, s'infecter néanmoins et donner naissance à une collection purulente des points adjacents. Il en est de même des blessures de l'estomac et de l'intestin. A la suite d'une rupture du tube digestif, certains malades font des accidents de péritonite diffuse. Chez d autres, par un hasard heureux l'infection se localise, se limite grâce aux fausses membranes. Dans le foyer en question. la suppuration peut se produire constituant un abcès sous-phrénique.

Les abcès aigus non traumatiques tiennent au cancer, à l'ulcère de l'estomac. La perforation de cet organe n'est pas indispensable et il y a parfois propagation des phénomènes inflammatoires. D'après certains auteurs, une telle propagation se produirait souvent de la région péri-appendiculaire jusqu'à la loge rétro-péritonéale dont nous avons parlé. On a vu des suppurations parties de la fosse iliaque droite passer la région péri-néphrétique et arriver derrière le foie. Ces faits sont bien connus, sans être très fréquents. Ils sont d'ailleurs plutôt tardifs et se constatent quelquefois 15 jours, 3 semaines, 1 mois après la guérison de l'appendicite. L'infection ne suit pas toujours la voie du tissu conjonctif, elle peut progresser par les lymphatiques intra-péritonéaux. Retenez surtout que, dans l'ensemble des abcès sous-phréniques, ceux qui relèvent de l'appendicite occupent une place importante.

Ces abcès sous-phréniques se montrent également comme complications des suppurations de la rate ou du foie. Toutes les formes d'abcès du foie peuvent leur donner naissance et il existe une première collection intra-hépatique, et une seconde entre le foie et le diaphragme ; c'est un abcès double, en bouton de chemise. Les kystes hydatiques, lorsqu'ils suppurent, aboutissent au même résultat par un mécanisme semblable.

Les collections de la loge péri-splénique viennent des suppurations de la rate, des lésions de l'estomac.

A côté de ces abcès dont le point de départ est facile à délimiter, il en est d'autres dont l'explication est plus délicate. Ce sont les abcès de cause générale, tenant à une furonculose par exemple. L'état d'infection de l'organisme doit être mis en cause.

La marche des abcès sous-phréniques est aujourd'hui assez bien étudiée. Dans le cas de traumatisme ou de perforation spontanée, le début peut être soudain : l'irruption dans le péritoine du contenu des organes creux entraîne une réaction immédiate. La douleur est alors extrêmement vive et siège au voisinage du point lésé.

Dans la description des abcès sous-diaphragmatiques on prend généralement pour type la collection inter-hépato-diaphragmatique droite. La douleur est très vive : c'est un point de côté tantôt localisé, tantôt diffus. Le malade dans le premier cas l'indique avec son doigt, et dans le second avec la paume de la main.

Cette douleur augmente par les mouvements respiratoires et le malade hésite à respirer. Peu de temps après, on constate une modification dans la forme de la région ; il y a développement latéral et voussure antérieure dus l'un et l'autre à l'apparition, dans la loge inter-hépato-diaphragmatique, de liquide et de gaz. Le liquide provient de l'irritation du péritoine. Quant aux gaz, leur présence est facile à expliquer s'il y a perforation du tube digestif. Au cas contraire, comment comprendre qu'il existe des gaz dans cette cavité ? J'ai déjà constaté, il y a longtemps, que tous les abcès situés au voisinage du tube digestif pouvaient contenir des gaz. Un individu, par exemple, reçoit un choc sur la paroi abdominale et présente tout d'abord des signes de contusion. Puis, deux jours après, des gaz se développent dans la région traumatisée, ce que démontre une sonorité superficielle perceptible à ce niveau, ce que prouvent les incisions évacuatrices. Ces phénomènes sont dus probablement à la migration de bactéries venant de l'intestin. D'ailleurs, les gaz peuvent se développer encore dans d'autres parties du corps et j'ai présenté autrefois à l'Académie de médecine un rein gazeux. On ne saurait donc être surpris de rencontrer des abcès sous phréniques à contenu gazeux. Je ne veux pas dire que ce mécanisme de la migration des agents bactériens soit une cause fréquente de productions gazeuses ; non, elle se voit cependant, bien que la cause habituelle soit la perforation.

A l'état normal, la matité du foie coupe la région épigastrique, l'espace limité par les bords internes des côtes. Il y a là, au-dessous des côtes droites. un petit triangle de matité. Eh bien ! lorsqu'il existe une collection purement liquide dans la loge droite, il arrive assez souvent que la matité hépatique descend plus bas et prend une forme arrondie ; au moyen de la palpation profonde, on sent un empâtement particulier, un bord plus arrondi du foie.

Pour déterminer la situation respective de ces abcès et des organes voisins, on a fait des recherches radioscopiques. M. Loizon, par exemple, a établi que normalement l'image radioscopique présentait une ligne sombre répondant à la coupole diaphragmatique ; une tache sombre correspondant au cœur et des taches moins sombres aux poumons, ces dernières se fonçant dans l'expiration. Dans les cas de gros abcès, on constate que la forme de la coupole est modifiée, qu'elle est refoulée plus ou moins haut et on peut juger dans quelle mesure les mouvements diaphragmatiques sont gênés. Le cœur peut être élevé, fait important au point de vue du diagnostic, avec les épanchements dans la plèvre gauche. Ceux-ci refoulent le cœur à droite, tandis que les abcès sous-phréniques les refoulent en haut.

Ajoutons aux signes précédents quelques symptômes utiles à noter : les phénomènes généraux, la fièvre, un œdème des téguments.

Cet ensemble sera modifié selon le siège de l'abcès. Celui-ci est-il profond, le diagnostic devient beaucoup plus difficile et on observe seulement des signes postérieurs plus ou moins nets.

L'évolution des abcès sous-phréniques est intéressante. Certains guérissent spontanément. Probablement, le pus devient du séro-pus, du liquide séreux qui se résorbe ou s'enkyste. S'il se résorbe, il en résulte des adhérences, sinon il se forme un kyste. La plupart du temps, néanmoins, ces abcès cherchent à s'ouvrir du côté de la peau, de l'estomac, de l'intestin. Le résultat en est tantôt favorable, tantôt défectueux, l'évacuation se faisant mal et la cachexie étant menaçante.

Diagnostic :

Lorsque vous soupçonnez la présence d'un abcès, il est un moyen de diagnostic qu'il ne faut pas laisser de côté, c'est la ponction exploratrice ; elle est souvent indispensable et doit être pratiquée avec beaucoup de hardiesse. On ne doit pas craindre de la répéter dix ou douze fois, s'il le faut, comme pour les abcès du foie.

Relativement aux abcès gazeux, il est un phénomène d'une réelle valeur à rechercher. Lorsque le malade est couché sur le dos, les gaz soulèvent la paroi abdominale, et il se produit une voussure sonore et même un bruit de clapotis. En faisant asseoir le patient, les choses se modifient notablement. Les gaz, plus légers, remontent au-dessus du liquide ; ils se placent en haut et l'on constate supérieurement une zone gazeuse sonore et inférieurement une zone liquide mate.

J'ajouterai que l'on trouve, en outre, des signes analogues à ceux du pneumothorax, bruit de pot fêlé, succussion, gargouillement. Enfin, la sonorité gazeuse a ici un son tympanique spécial, hydro-aérique, distinct de la sonorité intestinale.

Quant au traitement, je n'aurai qu'à vous énoncer les voies qu'il faut employer pour atteindre la collection purulente. Si le foyer est antérieur, on tentera de l'ouvrir par une simple incision parallèle au bord costal. Si on n'y parvient pas, il conviendra de s'adresser aux autres voies, bien connues, proposées pour aborder les suppurations hépatiques, ou encore l opération de Lannelongue, la résection des rebords costaux.

Le traitement des abcès sous-phréniques est très efficace. Tandis que la mortalité des cas non opérés atteint 90 %, elle n'est guère que de 50 % pour les cas opérés.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

du Pr S. Baudry (de Lille).

De l'Ophtalmie sympathique.

Des trois énucléations faites dans les premiers jours de ce mois, l'une a été pratiquée préventivement ; les deux autres seront, je l'espère, curatives de l'une des complications les plus redoutables des traumatismes de l'œil : je veux dire *l'ophtalmie sympathique.*

Avant de vous entretenir de cette grave affection, je veux vous résumer les observations de nos trois opérés.

Le premier est un mineur, âgé de 52 ans. Le 18 avril dernier, il reçut, sur l'œil gauche, de la poussière de chaux qu'il était en train de charger dans un wagonnet. Il lava instinctivement son œil avec de l'eau, ce qui, loin d'apporter du soulagement, aggrava la brûlure.

Ne se rendant pas compte de la gravité de sa lésion, le blessé continua son travail, ne consulta même pas le médecin de la mine. Il protégeait simplement son œil avec un bandeau.

Le 27 avril, cependant, l'intensité des douleurs n'ayant pas diminué, il alla trouver le médecin de la Compagnie, qui le soigna pendant une huitaine, puis l'envoya à l'hôpital.

Nous constatâmes une ulcération de la région supérieure de la cornée, ulcération à bords fortement infiltrés et compliquée d'hypopion. Cette ulcération s'accrut progressivement, envahissant peu à peu le centre de la membrane transparente, malgré tous les soins : attouchements à la teinture d'iode, pansements antiseptiques, etc. Une perforation était à craindre : je pratiquai la paracentèse ; très rapidement, les lésions s'amendèrent et la cicatrisation se fit régulièrement. Bref, tout marchait à souhait, lorsque tout récemment on s'aperçut que l'acuité visuelle centrale de l'œil droit, jusque-là indemne, était tombée de 1 à 1/2. Le blessé se plaignait de larmoiement, de douleurs vagues dans le globe, d'éblouissement à la grande lumière. L'examen ophtalmoscopique révéla une névro-rétinite avec un certain trouble du corps vitré.

Comme l'œil gauche était absolument perdu pour la vision, et que, d'autre part, on pouvait à bon droit le considérer comme étant le point de départ des lésions de son congénère, je n'hésitai pas à conseiller l'énucléation. Le blessé accepta, et aujourd'hui (4 semaines après l'opération), la vision est devenue égale à 7/10.

Le second cas est celui d'une femme âgée de 28 ans. Il y a 23 ans, en jouant avec une plume, elle s'enfonça cette plume dans l'œil droit, un peu en dehors du limbe scléro-cornéen, c'est-à-dire en pleine région ciliaire. Le bec de la plume demeura dans le globe pendant 23 ans sans causer la moindre réaction.

Il y a trois mois, la patiente s'inquiéta : son œil rougissait par moments et devenait sensible. Les phénomènes inflammatoires ayant un jour augmenté notablement d'intensité, elle consulta un de nos confrères, qui pratiqua, sous chloroforme, l'extraction du corps étranger. Quelques jours après cette intervention, des douleurs périorbitaires violentes apparaissaient ; le globe restait toujours enflammé. Bientôt l'œil gauche devenait, à son tour, le siège d'une iritis séreuse. Vous en connaissez les symptômes : injection périkératique, décoloration de l'iris, trouble de l'humeur aqueuse, déformation de l'orifice pupillaire, etc. C'est à ce moment que je vis la malade. L'acuité visuelle était de 1/4 environ.

Le diagnostic d'ophtalmie sympathique s'imposait et il était urgent d'agir. Je pratiquai donc l'énucléation.

Nous avons revu ensemble, deux fois, la malade depuis son opération. On constate encore un peu d'injection périkératique ; la pupille, largement dilatée par l'atropine, est irrégulière, adhérente à la partie inférieure, tandis que l'examen ophtalmoscopique révèle un corps vitré trouble, une papille rouge et floue, des veines volumineuses, etc., c'est-à-dire tous les signes d'une papillite. L'acuité visuelle est égale à 6/10.

Le troisième opéré est un jeune homme de 18 ans, frappeur dans une usine métallurgique.

Le 7 avril, il reçut dans l'œil droit un éclat de fer. Le médecin de l'usine consulté l'envoya immédiatement à l'hôpital. Je trouvai au niveau de la région scléro-cornéenne externe, une plaie légèrement mâchonnée, mesurant 15 millimètres de longueur, compliquée de hernie de l'iris. La vision était abolie. Un électro-aimant puissant, approché de la plaie et de son voisinage à diverses reprises, détermina dans le globe, à chaque tentative, une douleur très vive, mais le corps étranger ne se mobilisa pas suffisamment pour apparaître au niveau de la solution de continuité. Dès le lendemain, on observait des signes de violente inflammation de l'œil : paupières tuméfiées, chémosis des lèvres de la plaie, iris infiltré et trouble, pupille envahie par des exsudats. etc. L'énucléation s'imposait, préventive cette fois.

***

Quelques auteurs anciens paraissent avoir soupçonné l'*ophtalmie sympathique*. Saint-Yves (1722), Demours (1818), Ammon (1835), etc, parlent bien des troubles survenant dans un œil à la suite de la blessure de l'autre, mais c'est Mackensie, le premier, qui, en 1850, donna une bonne description clinique de la maladie, sous la forme « d'iritis sympathique », insista sur son origine habituellement traumatique et conseilla l'ablation de l'œil sympathisant. Depuis, on a établi que l'ophtalmie sympathique peut être aussi la conséquence d'une lésion spontanée de l'œil sympathisant, et on a peut être trop facilement multiplié les formes cliniques diverses de la maladie, formes anormales, exceptionnelles, dit-on, mais que l'on ne devrait accepter qu'avec une extrême prudence, et après élimination d'une cause organique commune : rhumatisme, syphilis, etc. ; tels sont le glaucome, l'atrophie simple du nerf optique, la conjonctivite, la kératite, l'amblyopie, le blépharospasme, la cataracte, le décollement de la rétine, etc. De ce qu'un œil s'est perdu à la suite d'une blessure, il ne faudrait pas conclure que toute affection postérieure de l'autre œil soit de nature sympathique.

Tout récemment, et dans un ordre d'idées voisin, notre confrère Sourdille a communiqué à la *Société française d'ophtalmologie* plusieurs observations tendant à établir que l'œil traumatisé — quel que soit d'ailleurs le traumatisme, — réagit sur l'œil congénère et crée dans celui-ci une prédisposition, un état de moindre résistance qui le rend plus apte à devenir le siège de lésions ordinaires non sympathiques. Le fait a une grande importance au point de vue médico-légal, quand il s'agit de fixer le dommage causé par un traumatisme oculaire. Il n'est pas rare que nous soyons appelés à donner des soins à un ouvrier blessé d'un œil, et dont l'autre œil devient le siège d'une inflammation banale. Y a-t-il, dans ce cas, coïncidence, ou faut-il incriminer uniquement la blessure ?

Quoi qu'il en soit, on donne le nom d'*ophtalmie sympathique* à un état pathologique spécial qui se développe dans un œil, jusque-là indemne et devenu *sympathisé*, à la suite et sous l'influence de lésions traumatiques ou spontanées de l'œil congénère, *sympathisant*.

Comme dans le glaucome aigu, *l'inflammation sympathique* est, dans le plus grand nombre des cas, précédée d'une période *prodromique*, pendant laquelle le patient se plaint de photophobie avec ou sans larmoiement, de fatigue rapide pour un travail prolongé, et parfois de douleurs violentes qui siègent en un point symétrique de la région malade de l'autre œil ; en même temps, le globe s'injecte. Ces troubles apparaissent pé

riodiquement, parfois pendant des années, et à ce phénomène *d'irritation sympathique* peut se borner l'action nuisible de l'œil sympathisant sur l'autre œil. Pour un grand nombre de praticiens, cette *irritation sympathique* n'aurait rien de commun avec l'*ophtalmie sympathique*, qui serait transmise par les nerfs optiques, tandis que la première passerait d'un œil à l'autre, par l'intermédiaire des nerfs ciliaires. Une autre raison qu'ils donnent pour les différencier, c'est que l'énucléation est toujours curative de l'irritation sympathique, tandis qu'elle est souvent impuissante contre l'uvéite sympathique confirmée.

Mais habituellement, l'ophtalmie sympathique apparaît plusieurs semaines, rarement quelques jours ou un grand nombre d'années après la blessure. Aux phénomènes subjectifs que je viens de vous signaler, s'ajoutent les signes anatomiques de l'*irido-cyclite plastique*, injection et douleurs ciliaires, abondants exsudats iriens, synéchies et opacités du vitré. Dans les cas graves, dès la première attaque et très rapidement, les synéchies annulaires totales amènent l'occlusion de la pupille, et l'œil se perd par hypertonie ou par atrophie graduelle. La réaction locale peut être violente, au point de retentir sur l'état général ; d'autres fois, au contraire, les exsudats se forment sans douleurs et d'une façon tout à fait insidieuse.

On est parfois assez heureux, par un traitement énergique, pour réussir à empêcher la séclusion de l'orifice pupillaire; malheureusement, il reste toujours quelques adhérences, et, au bout d'un certain temps d'accalmie, l'irido-cyclite récidive, supprimant progressivement la vision.

Beaucoup moins sévère est le pronostic de la variété séreuse de l'uvéite qu'a présentée notre deuxième opérée, et qui a évolué avec les caractères de l'aquo-capsulite. Dans cette forme, il y a aussi, comme vous l'avez vu, des adhérences, mais elles ne sont ni nombreuses, ni épaisses. Par contre, les douleurs sont plus vives, assez analogues à celles du glaucome subaigu.

Le blessé qui fait le sujet de notre première observation n'a pas eu d'uvéite, mais une *papillo-rétinite*. Pour Mauthner, cette lésion serait caractéristique de l'*ophtalmie sympathique*, et si l'on ne l'observe pas plus fréquemment, cela tient à ce que le trouble des milieux transparents rend difficile l'examen ophtalmoscopique. Son pronostic serait toujours moins grave que celui de l'uvéite ; l'énucléation hâtivement pratiquée la combat avec succès. Les choses se sont ainsi passées pour notre opéré, puisque l'acuité visuelle tombée à 1/2 s'est relevée à 7/10.

Telles sont, Messieurs, les manifestations habituelles de l'*ophtalmie sympathique* ; quant aux formes rares telles que la kératite, l'atrophie simple du nerf optique, le décollement rétinien, la conjonctivite, le glaucome, etc., des observations ne manquent pas qui paraissent les démontrer, bien que quelques-unes soient sujettes à caution et que, dans d'autres cas, il s'est agi de simples coïncidences.

*
* *

La cause principale de l'ophtalmie sympathique est, sans contredit, l'irido-cyclite consécutive à un traumatisme accidentel. Mais l'expérience a depuis longtemps établi que tous les cas d'irido-cyclite traumatique ne mettent pas en danger l'autre œil. Les plaies pénétrantes contuses et déchiquetées de la région ciliaire, compliquées d'enclavement de l'iris, du corps ciliaire ou de la présence d'un corps étranger, celles surtout qui sont produites par un agent malpropre, sont particulièrement redoutables.

D'autre part, il faut tenir compte de certaines circonstances ou de causes prédisposantes, telles que la tolérance plus ou moins grande vis-à-vis des corps étrangers intra-oculaires et la résistance variable des blessés à l'attaque microbienne. Nous savons depuis longtemps, par exemple, que l'inflammation purulente ne provoque qu'exceptionnellement l'ophtalmie sympathique ; et qu'un œil phtisié après une panophtalmie n'est nullement menaçant pour l'autre œil. En sorte que l'œil panophtalme est exceptionnellement un œil sympathisant et que la panophtalmie devient, pour ainsi dire, une garantie contre l'ophtalmie sympathique.

La connaissance de l'espace de temps nécessaire à l'apparition de cette complication est d'une réeelle importance au point de vue médico-légal. L'expert doit, en effet, répondre à cette question. *Des accidents sympathiques sont-ils à craindre et pendant combien de temps* ? Les statistiques nous permettent de le dire dans la mesure du possible. Lorsqu'il s'agit d'une blessure récente, c'est au moment où l'irido-cyclite est à son summum que l'inflammation sympathique a le plus de chance d'évoluer. La zone dangereuse est comprise entre la quatrième et la douzième semaine. Passé cette date, l'ophtalmie sympathique est peu à redouter tant que l'œil atrophié ne devient ni douloureux, ni enflammé, bien qu'en réalité il n'y ait pas de limite précise pour l'époque de son apparition. En effet, sous l'influence d'un nouveau traumatisme, d'une infection dont l'origine nous échappe, de l'ossification des exsudats, de la mobilisation d'un corps étranger intra-oculaire, on a vu l'ophtalmie sympathique apparaître quarante ans et au-delà après le traumatisme.

Aussi, au point de vue pratique, est-il prudent de conseiller de pratiquer le plus tôt possible l'énucléation d'un œil perdu pour la vision, et chez lequel la nature de la lésion risque de provoquer une ophtalmie sympathique.

Une affection spontanée de l'œil peut-elle déterminer une ophtalmie sympathique ? On l'a nié et cependant on a vu un cysticerque, un sarcome choroïdien, la produire. Je vous rappelle, enfin, qu'un œil artificiel peut aussi la provoquer en irritant un moignon vicieux.

Le dernier mot n'est pas dit sur le mécanisme par lequel s'opère la transmission de l'uvéite d'un œil blessé à l'autre ; il faut même reconnaître que la pathogénie de l'ophtalmie sympathique est encore à trouver.

Pour un certain nombre d'auteurs ralliés à l'ancienne opinion de Mackensie, la propagation se ferait par le nerf optique de l'œil sympathisant jusqu'au chiasma et ensuite le long de la gaine optique de l'œil sympathisé.

Les agents directs de la maladie, d'après Deutschmann, seraient des microorganismes pathogènes. Or, les expériences de Deutschmann ont été répétées un grand nombre de fois avec des résultats tout à fait contradictoires, de sorte que la théorie microbienne compte actuellement

peu de partisans. D'autres, partant de ce fait que la région ciliaire reçoit les nerfs du même nom.ont considéré ces derniers comme les agents de transport, d'où la théorie nerveuse ; malheureusement, les nerfs ciliaires des deux côtés ne communiquent pas directement entre eux, et pour expliquer les lésions on est obligé d'admettre que l'irritation partie des nerfs ciliaires de l'œil enflammé retentit d'abord sur les centres nerveux, pour être transmise, à la manière d'un réflexe, sur les nerfs ciliaires de l œil congénère.

Panas reconnaît a l'affection deux facteurs principaux :

1° L'infection de l'œil sympathisé par des agents microbiens ou chimiques provenant du tube digestif, des organes génito-urinaires, théorie déjà soutenue par Michel et Greef. D'où la nécessité, quand il s'agit d'établir le pronostic et le traitement des traumatismes oculaires, de tenir compte de l'état constitutionnel du blessé ;

2° Une excitation vaso-motrice partie de l'œil sympathisant et déterminant la réceptivité morbide de l œil sympathisé.

J'admets pleinement, pour ma part l'influence très grande, qui revient aux conditions individuelles dans la détermination et l'evolution de l'ophtalmie sympathique.

Avant de vous faire connaître le traitement de l'ophtalmie sympathique, il nous faut étudier les moyens de la prévenir.

Tout d'abord, les statistiques démontrent que, depuis l'ère de l asepsie et de l'antisepsie. l'*ophtalmie sympathique* est devenue relativement rare à la suite d'un traumatisme accidentel ou chirurgical. Il est donc essentiel d'éviter et de combattre tant l'infection exogène que l'endo-infection. L'application rigoureuse des règles de l'asepsie et de l'antisepsie est actuellement assurée ; aussi n'insisterai-je pas sur ce point. Mais, j'appelle tout particulièrement votre attention sur la nécessité de ne pas négliger l'organisme du blessé pour vous occuper exclusivement de la lésion traumatique.

Vous traiterez énergiquement les diabétiques, les albuminuriques, les urinaires, et vous surveillerez les troubles de l'appareil digestif (dyspepsie. constipation, etc.).

De toutes les interventions (*névrotomie optico-ciliaire*, *résection* du nerf optique, etc) qui, tour à tour, ont été préconisées au hasard des théories pathogéniques naissantes et qu'il me paraît inutile de vous faire connaître en détail, une seule a réellement fait ses preuves et domine à la fois la prophylaxie et la thérapeutique de l'ophtalmie sympathique ; c'est l'*énucléation*.

L important est d en bien préciser les indications. Il ne faut pas, à l'exemple de Warlomont, sacrifier sur le champ tout œil gravement atteint, de même qu'il est coupable de trop tarder à intervenir.

Deux cas peuvent se présenter : 1° vous êtes en présence d'une blessure récente, grave, menaçante pour l'autre œil ; 2° l'œil blessé est depuis longtemps perdu par atrophie.

D'une façon générale, il faut temporiser, tout en surveillant étroitement un œil gravement blessé, aussi longtemps que ce dernier aura conservé un reste de vision. Nous savons, en effet, que l'ablation de l'œil sympathisant ne met pas, d'une façon certaine, l'autre œil à l'abri des accidents sympathiques ; il peut même se faire que l'œil blessé recouvre un certain degré d'acuité visuelle après la perte de l'œil sympathisé.

Mais quand la vision de l'œil gravement atteint est totalement abolie, on ne saurait pratiquer trop tôt l'*énucleation* qui constitue le *préservatif le plus certain*. Toutefois, on connaît quelques cas où, malgré cette intervention, l'ophtalmie sympathique s'est déclarée, toujours après un court espace de temps après l'opération quelques jours à quelques semaines). Mais dans la plupart des cas, elle évolua d'une façon bénigne.

A l'un des derniers Congrès d'ophtalmologie, notre collègue Dianoux nous a affirmé « qu'il n'existe aucune observation authentique d'ophtalmie sympathique après l'*énucléation préventive* plus tard que la septième semaine. Passé cette date, l opéré doit donc être considéré comme définitivement à l'abri de toute complication du côté de l'œil sain. De là cette conclusion fort importante au point de vue médico-légal, que l'on est autorisé, jusqu'à preuve du contraire, à affirmer qu'une iritis ou irido-cyclite declarée plusieurs mois après une enucléation préventive, n'est pas de nature sympathique et n'engage pas la responsabilité du patron ».

Dans la seconde alternative d'un œil anciennement perdu et atrophié, que faut-il faire ? Je vous conseille d'enlever tout œil atrophié à la suite d'une uvéite-traumatique ou opératoire, même s'il n'est pas douloureux, à plus forte raison, s'il est le siège de phénomènes douloureux intermittents et de poussées inflammatoires, si le malade accuse des douleurs plus ou moins violentes dans la région occipitale du côté de l'œil malade.

Par contre, je vous rappelle que les yeux perdus à la suite d'une panophtalmie, d'une vaste ulcération de la cornée, de glaucome absolu, de staphylome cornéen, sont à l'abri de l'ophtalmie sympathique. Vous n'aurez donc recours à l'énucléation que si d autres raisons vous y déterminent.

Malheureusement, une fois la maladie déclarée, l'efficacité de l'énucléation devient incertaine. Dans les cas graves, l'opération a même paru donner un coup de fouet aux accidents inflammatoires : de sorte qu'il est préférable d'attendre une période d'accalmie avant de l'exécuter.

Le traitement médical de l'ophtalmie sympathique comprend des moyens locaux et généraux.

Parmi ces derniers, je citerai les préparations mercurielles, frictions. injections sous-cutanées ou intra-musculaires de sels mercuriques, salicylate de mercure, huile biiodurée.

Le malade sera placé dans une chambre obscure, et vous instillerez de l'atropine, à la condition de suspendre le collyre à la moindre menace d'augmentation de la tension intra-oculaire. En pareil cas, vous utiliseriez l'ésérine ou la pilocarpine.

Ne pratiquez pas d'iridectomie et n'intervenez pas d'une façon générale tant que subsistent des phénomènes irritatifs, car en agissant ainsi, vous allez au-devant d'un insuccès. Toutefois, s'il se produisait des accidents glaucoma-

teux, vous auriez recours à la paracentèse ou à la sclérotomie.

OBSTÉTRIQUE PRATIQUE

A propos du placenta prœvia,

Par le Dr Paul Petit,
Chirurgien adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel.

Parmi les situations dramatiques de la gynécologie courante, les accidents fatalement inhérents au placenta prœvia tiennent peut-être le record, et je préfère de beaucoup, pour ma part, avec les ressources de la chirurgie moderne, avoir affaire, par exemple, à la grossesse ectopique qui, diagnostiquée à temps, même après rupture, ne mérite plus au même degré la terrible réputation que lui valent ses méfaits.

Il est entendu que, par placenta prœvia, j'entends parler, non du placenta haut placé sur le segment inférieur, qui se borne généralement à déterminer la rupture prématurée des membranes, mais bien de l'insertion *centrale* (si rare que Pinard et d'autres accoucheurs aussi occupés affirment n'en avoir jamais vu), de l'insertion *centrale partielle* (beaucoup plus fréquente) ou, tout au moins *marginale*.

Depuis Ambroise Paré qui, le premier osa intervenir en pareil cas, bien du temps s'est écoulé, et pourtant, à l'heure actuelle, malgré les progrès de l'instrumentation et de la technique et même entre les mains des accoucheurs les plus expérimentés, la plupart des enfants succombent, soit avant, soit pendant, soit après le travail et beaucoup trop de mères suivent le même chemin. Je mets en fait qu'en ville ou à la campagne, livré par les circonstances à ses propres ressources, il n'est pas d'occasion où le praticien ait le plus à recourir à son expérience, à son sang-froid, à son autorité, car il n'en est pas où l'entourage, même professionnel (sage femme ou garde), puisse s'affoler à ce point, où l'oubli de la précaution en apparence la plus insignifiante puisse aussi facilement faire perdre la partie. Certainement, il n'est pas étonnant de voir la malade passer de vie à trépas si on temporise trop pour rompre les membranes, pour appliquer le ballon de Champetier, pour extraire fœtus et placenta.... mais il faut bien savoir qu'après avoir fait par ailleurs, et très correctement, tout ce qui était indiqué, on peut aboutir au même résultat pour peu qu'on remue intempestivement sa cliente, alors qu'elle a perdu tout le sang qu'elle pouvait perdre (pour peu qu'on bouge tête et tronc même dans le plan horizontal), pour peu que l'injection de sérum ne soit pas assez rapide, assez chaude, assez abondante, pour peu que l'on donne trop ou trop peu de caféine, pour peu qu'il y ait une simple fissure dans les soins d'asepsie......' Enfin, il faut bien le dire encore, après avoir pris toutes les précautions grandes et petites, on peut encore avoir un insuccès... parce qu'on a été appelé trop tard.... et l'insuccès peut survenir alors que l'on pouvait s'en croire à l'abri... on quitte la patiente à huit heures du matin, après l'avoir délivrée dans un état qui parait satisfaisant, et à midi, derrière votre dos, elle a une syncope mortelle... peut-être lui a-t-on soulevé la tête malgré toutes vos recommandations, parce qu'elle disait étouffer.... ou bien elle a eu une embolie.... vous n'en saurez jamais rien... mais ce qui est sûr, c'est que la femme est morte.

Le premier cas de placenta prœvia que j'ai eu entre les mains, il y a quinze ans, s'est passé de cette façon. Depuis, j'en ai suivi quelques autres qui ont évolué plus heureusement et si je n'ai rien à apprendre, en la matière, aux praticiens déjà blanchis sous le harnais et auprès desquels je m'excuse de cet article, peut-être rendrai-je service à quelques jeunes confrères, en leur faisant revivre de mon mieux ce que j'ai vécu il y a quelques jours. « Mieux vaut une once de pratique qu'une tonne de théorie. »

Mme X... a environ 35 ans. Elle a déjà eu trois enfants à terme ou à peu près. Au premier accouchement, rupture prématurée des membranes ; au second, rupture prématurée des membranes, hémorrhagie très abondante au moment de la délivrance et, dans la suite, septicémie des plus graves, pour laquelle j'ai été consulté. Au troisième, que j'ai suivi : rupture prématurée des membranes, hémorrhagie de la délivrance ; étant donnés les antécédents, je m'y attendais, j'étais à mon poste et tout prêt à introduire la main dans l'utérus. Or, avant que j'eusse pu extraire le placenta qui était inséré bas, mais non adhérent, la chemise et les cheveux de la malade étaient littéralement imbibés de sang ; grâce au sérum et à une bonne asepsie, les suites furent des plus simples. Enfin, quatrième grossesse, celle dont je vais parler : placenta prœvia *central-partiel*. Cette histoire résumée est par elle-même assez intéressante; il paraît clair qu'à toutes ses grossesses cette dame a fait son insertion placentaire sur le segment inférieur et qu'elle l'a faite de plus en plus bas, ce qui tend à faire admettre chez elle l'influence combinée d'une malformation (peut-être insertion des trompes au-dessous des cornes utérines) et de la multiparité.

Pour cette quatrième grossesse, on me prévient vers huit mois, au sujet d'une 1re hémorrhagie, peu importante d'ailleurs. Fœtus en O I G A. Le diagnostic de placenta prœvia ne peut prêter au doute. La perte étant arrêtée, je me borne à prescrire repos relatif (car le repos absolu en pareil cas n'a pas plus d'efficacité) et injections chaudes.

Quinze jours après, on vient me chercher au milieu de la nuit, parce que la malade a perdu les eaux ; pas le moindre indice de travail; je ne fais qu'un toucher très ménagé sans chercher à forcer l'orifice interne du col sur lequel le placenta semble reposer et, après deux heures de surveillance... je vais me recoucher. Une heure après il faut se relever, Madame X... a eu une hémorrhagie encore peu abondante et qui a pris fin avant mon arrivée; le pouls maternel est au-dessous de 100, le pouls fœtal ne laisse rien à désirer. Toujours pas de travail. Après plusieurs heures d'attente sans incident, je me décide à intervenir, à pratiquer la rupture large des membranes déjà ouvertes : mais du fait de la profondeur du vagin et du défaut absolu d'engagement, le col est très haut situé, à peine effacé, bouché par un lobe placentaire : à la réflexion, il paraît évident que le décollement placentaire, cause de la dernière perte, a été dû beaucoup plutôt à l'effacement du col, à la propulsion directe exercée par la tête, qu'à la tension des membranes ; certainement, comme y insiste avec raison M. Pinard, même après écoulement du liquide amniotique, si la

rupture des membranes est étroite, cette tension si fâcheuse peut encore s'exercer, mais ici, encore une fois, elle ne semble pas prédominer et d'après les renseignements que me donne le toucher, j'aurai de la peine à arriver sur les membranes et à les déchirer, je ne pourrai le faire sans mobiliser le lobe placentaire engagé, d'où nouvelle hémorrhagie que la déchirure des membranes ne suffira pas à arrêter et qui pourra prendre une certaine importance avant que j'aie eu le temps d'introduire le ballon de Champetier. La déchirure large des membranes me permettrait d'appliquer ce ballon au contact direct du placenta, mais, *quæ quum ita sint*, je me sais autorisé à l'introduire entre l'œuf et la paroi utérine opposée à celle qui saigne et je le fais séance tenante, sans hémorrhagie nouvelle, sans autre difficulté que le tremblement de mon aide, une bonne vieille sage-femme de 70 ans, qui,à chaque chargement de la seringue à hydrocèle, m'en envoie régulièrement la moitié à la figure. Pourquoi je n'ai pas employé le procédé de dilatation bi-manuelle de M. Bonnaire ? J'estime qu'en semblable cas, ce procédé n'est même pas à discuter : étant donné l'élévation du col, même en abaissant le fond de l'utérus,il eût été d'exécution bien difficile sinon impossible et je pouvais avoir une hémorrhagie mortelle avant de l'avoir mené à bien ; ce procédé d'accouchement forcé me semble avoir sa principale indication dans la nécessité d'une délivrance immédiate, en présence d'une mort imminente, et ma patiente était encore dans un état général très satisfaisant.

Je ne sais si mon éminent collègue et ami, M. Bonnaire, sait qu'il doit compter parmi ses précurseurs, pour la dilatation manuelle, le célèbre Astruc. Voici, en effet, comment s'exprime Astruc dans son traité « de l'Art d'accoucher » : « Quand on veut entreprendre cette opération, on commence par faire administrer la personne qu'on va accoucher » (comme c'est encourageant !), « et après avoir bien graissé l'orifice de la matrice et le vagin, et avoir eu soin de faire pisser et d'évacuer le rectum, on introduit d'abord un doigt dans l'orifice, qu'on plie en différents sens pour en dilater l'ouverture ; on y introduit un second dès qu'on le peut, et en écartant ces deux doigts, on se fait jour pour l'introduction successive d'un troisième et d'un quatrième doigt, et même de tous les cinq serrés ensemble et jouant comme un coin. Alors en écartant ces cinq doigts, on en fait comme un dilatatoire et l'on parvient peu à peu à ouvrir la matrice jusqu'à pouvoir y introduire la main. » Cette description de dilatation unimanuelle sera rapprochée avec intérêt de la description de dilatation bimanuelle de M. Bonnaire et semblera avoir tout d'abord sur celle-ci le double avantage d'une simplicité et d une facilité plus grandes ; mais si M. Bonnaire y met les deux mains, ce n'est pas seulement qu'il n'est pas manchot, et je crois utile de prévenir quiconque,n'étant pas suffisamment édifié sur la résistance d'un col qui se défend, serait porté à revenir au procédé d'Astruc, que ce grand honnête homme prend soin d'annoncer à ses lecteurs « dès le frontispice de son ouvrage » que « tout en entreprenant de donner des leçons, sur l'art d'accoucher,il n'a cependant jamais accouché. » Oh bon vieux temps !..... où les femmes accouchaient tout de même !

On vante moins,à l'heure actuelle,en France,le fameux procédé de version bimanuelle de Braxton-Hicks. J'avoue que ce procédé de pelotage indirect, en situation aussi grave, ne me séduit guère et je l'abandonne sans regret aux Allemands qui,paraît-il,y tiennent encore. Mieux vaut aller droit au but. Le ballon de Champetier nous en donne le moyen sans exiger grande habilité. J ai déjà dit ici ce que je pensais de ce merveilleux instrument ; je n'y reviens pas.

J'en avais donc introduit un à ma malade et, je le répète, son état général à ce moment précis n'inspirait pas encore d'inquiétude. Quant à l'enfant, hélas ! il n'en était déjà plus question : on n'entendait plus son cœur.

A peine le ballon en place, le travail se déclara avec une grande violence. Moins d'une heure après, il était expulsé, la femme étant en position obstétricale, une injection de sérum en train de se faire, moi présent et tout prêt à intervenir... non sans raison... car derrière le ballon... une véritable avalanche de sang arrivait sur moi. J'introduisis immédiatement la main et comprimai directement le placenta dont un bon quart faisait issue dans le vagin ; que ce soit spontanément ou du fait de cette compression, l hémorrhagie s'arrêta. Le col était bien dilaté ou du moins dilatable ; j'ouvris largement les membranes (très épaissies, comme à l'habitude), près du bord placentaire et je m'apprêtai à aller saisir un pied quand je regardai mon opérée... et ce que je vis,je ne l'oublierai pas : toute pâle, les yeux fixes et grands ouverts, anhélante, le pouls à peine perceptible,elle semblait sur le point de s'éteindre. Allais-je perdre la partie avant même d'avoir pu pratiquer la délivrance ? Quel opprobre, à l'heure actuelle, de voir succomber un de ses semblables, d'une hémorrhagie prévue et attendue ! Malgré la nécessité d'une intervention rapide, j'eus la perception nette qu'en ce moment le traumatisme opératoire le plus bénin, même sans chloroforme, pouvait provoquer la syncope ; il fallait d'ailleurs courir au plus pressé, réveiller les vaso-moteurs défaillants,et, pour cette besogne, je ne pouvais compter que sur moi.

En effet, devant ce spectacle peu rassurant, mon aide professionnel, la sage-femme, n'eut qu'une idée ; ce fut... devinez ?... *d'aller vider ses seaux*... impossible de la faire changer d'idée ; le mari sanglotait dans un coin ; quant à la mère, elle ouvrit la porte et, d'une traite, monta au grenier; je ne l'ai revue que trois jours après. Me voilà donc, seul, en tête à tête avec ma malade qui me demande d'une voix éteinte de la remettre en situation normale dans son lit « *pour pouvoir y mourir commodément* ». Je me garde de répondre à ce désir, la rassure de mon mieux. Je lui fais coup sur coup, injection de caféine et injection d'éther ; j'obtiens du mari, à force de prière, qu'il veuille bien continuer l'injection de sérum... et laisse la sage-femme, qui avait enfin vidé ses seaux,gorger la pauvre femme de grogs et de champagne. M. Budin a bien raison d'écrire que la tolérance des parturientes, à ce point de vue et en pareille circonstance, est tout à fait surprenante.

Ayant perçu quelques faibles pulsations à la radiale, par séries rapides et espacées, je reprends place entre les jambes de la moribonde... pour en finir. Tout le cordon et une partie du placenta sont dans le vagin, la tête est bien au-dessus du

détroit supérieur et fuit sous le doigt...une petite quantité de sang noir, asphyxique, s'écoule de la vulve... pas la moindre douleur. Il ne peut être question du forceps ni du basiotribe. Avec d'infinies précautions et sans décoller davantage le placenta, sans perte nouvelle, je vais chercher un membre inférieur, le bon, l'antérieur, et grâce à la souplesse du segment inférieur en pareil cas, arrive à l'amener facilement, comme un coin sauveur, à travers le col. Nouvelle pause, nouvelle série d'injections d'éther, tandis que l'on continue l'injection de sérum. Je termine alors l'extraction du fœtus, pratique très rapidement la délivrance artificielle, puis tandis que la main gauche masse le fond de l'utérus, toute prête à comprimer l'aorte, ma main droite réintroduite dans l'organe excite directement sa paroi et joue en même temps le rôle de *dilatatoir*, suivant le mode plus haut décrit par Astruc, pour assurer le retour d'une injection intra-utérine très chaude ; car je n'ai en mains, pour la pratiquer, qu'une simple canule vaginale en verre, mon aide *professionnel*, complètement affolé, ne pouvant arriver à trouver dans ma trousse la sonde de Budin. Cette série d'interventions n'a pas duré dix minutes ; l'utérus est sûrement et complètement vide, bien rétracté ; plus une goutte de sang ne s'écoule... mais l'enfant est mort et sa mère ne vaut guère mieux. Elle est plus que pâle,.. livide ; ses extrémités sont froides ; la respiration extrêmement rapide ; le cœur donne 4 ou 5 pulsations précipitées, très ténues, puis se repose pendant un laps de temps égal à ce misérable effort... l'arrêt définitif semble imminent.

Veillant de près à ce qu'on ne remue en quoi que ce soit la parturiente, je la fais entourer de couvertures chaudes, de bouillottes, je pratique une nouvelle injection de caféine, une injection d'éther environ tous les quarts d'heure ; la malade a déjà reçu environ un litre de sérum et en entame un autre ; on continue à donner du champagne, du grog, à la cuillère, sans soulever la tête (chaque prise de liquide augmente momentanément l'étouffement, mais est bien tolérée par l'estomac) — la patiente est toujours en travers de son lit — au bout d une heure 1/2, je me décide, sur ses instances, à l'y recoucher, en veillant à ce que le transfert se fasse sans secousse, dans le plan horizontal. J'aurais pu alors, avec avantage, faire maintenir les quatre membres élevés, à la main ; dans les cas de syncope imminente, *ex vacuo*, cette pratique est évidemment excellente (il suffit, pour s'en convaincre, de voir des hémorrhagies d'artères de petit calibre s'arrêter par le même moyen) : je n'y ai pas pensé. J'aurais pu également faire soulever, avec des briques, les pieds du lit correspondant à ceux de la malade, pour mettre tête et tronc en déclivité légère ; mais le mieux est l'ennemi du bien et ceux qui ont conseillé *théoriquement* d'adopter en pareil cas la position déclive accentuée de Trendelenburg ont donné un conseil très sujet à caution. En effet, dans cette position, aujourd'hui classique pour les opérations abdominales et qui doit atteindre ou dépasser 45°, si l'on a affaire à une femme en possession de toute sa masse sanguine, on surmène forcément le cœur droit du fait de la congestion passive des poumons (Jayle) ; si le système vasculaire est en bon état, pas d'inconvénient ; s'il s'agit d'une cardiaque, d'une athéromateuse, on peut perdre sa malade de ce seul fait, sur la table d'opération, alors que l'on incriminera à tort l'opération elle-même ou le chloroforme. A la suite d'une hémorragie abondante, la congestion pulmonaire provoquée sera moindre, mais elle pourra être encore trop forte pour un cœur qui ne demande qu'à s'arrêter, pour des poumons déjà engorgés du fait de l'insuffisance cardiaque et dans un pareil état de dyspnée. Donc, dans notre cas, tête basse, tant qu'on voudra, mais inclinaison modérée du tronc.

Je reviens à ma malade... et je termine. Le transport ne me donna point de syncope, mais malgré tous mes efforts, l'état demeurait stationnaire, toujours aussi alarmant, et pendant *trois longues heures* je luttai encore, pied à pied, guettant ma malade *comme le chat la souris* (Mauriceau), faisant continuer le sérum dont il fut administré en tout, en huit heures, deux litres, voyant à chaque injection d'éther le pouls se relever un peu pour faiblir à nouveau au bout de peu de temps, employant, entre temps, les inhalations d'oxygène sans autre effet appréciable que l'augmentation des sensations d'étouffement... . Enfin vers minuit, la circulation semblant avoir un peu plus de tenue, la dyspnée s'amendant, je fis une injection intra utérine de deux litres d'eau bouillie chaude additionnés de liqueur de Labarraque, pour me prémunir contre la septicémie, au cas où la malade se relèverait de sa perte de sa sang. La précaution n'était pas inutile, car mon aide professionnel, tout en professant un culte pour l'asepsie, n'en avait pas, hélas ! la moindre notion... J'abrège :

Le lendemain matin, dès la première heure... j'allai aux nouvelles. Le concierge, à mon passage, n'eut l'air ni plaisant, ni sévère, et j'en augurai déjà bien. L'accouchée n'était pas tout à fait moribonde. Elle n'asphyxiait plus. Son pouls battait à 160, très faiblement, très irrégulièrement, mais du moins pouvait-il se compter. La chaleur était revenue aux extrémités... Qu'ajouterai-je ? Le 3e jour, temp. à 38°,4 : injection intra-utérine (toujours pas avec le sublimé, dieux immortels ! mais bien toujours avec la bonne liqueur de Labarraque : 2 c. à bouche par litre). Le 4e jour, temp. à 37°9 : inj. intra-utérine. Le cinquième jour, temp. normale, mais petite embolie qui nous mit en grand émoi, et provoqua une nouvelle éclipse de la mère. Dans la suite, à l'occasion des repas, quelques défaillances cardiaques. Au bout d un mois, madame X, encore très pâle, très anémiée, partait pour la campagne.

Voilà, jeunes confrères, comment se comporte le *placenta prævia... en ville*, lorsque le cas, sans passer pour des meilleurs, n'est pas tout à fait mauvais. J'ai tenu à vous en relater un tout chaud vécu pour vous mettre sur vos gardes.

Si vous débutez par un cas pareil, et surtout au voisinage de confrères jaloux, dans un pays où l'influence bienfaisante et conciliatrice du *Concours médical* ne s'est pas encore fait sentir, ne manquez pas de prévenir la famille de vos anxiétés. Exigez, avant l'accouchement, dès que le diagnostic est établi, la présence permanente d'une garde expérimentée : si l'on n'en peut avoir, mieux vaut certainement envoyer la femme à l'hôpital ou dans une maison de santé. Avez-vous obtenu la garde suffisante ? Donnez-lui des instructions précises : apprenez-lui surtout à faire le tamponnement vaginal... non pas avec des tam-

pons... mais bien avec le ballon de Champetier... ce qui est beaucoup plus simple et plus sûr.... Munissez-vous, à *l'avance*, de tout ce qui peut vous être utile en cas d'hémorrhagie grave : avant tout, sérum artificiel (environ deux litres) et *grosse aiguille* (aiguille Dieulafoy, n° 2) pour que l'injection de sérum se fasse rapidement ; il faut qu'elle soit *chaude* (40°) ; — la *caféine* est très précieuse, mais il n'en faut pas abuser (pas plus de 0,50 en 2 doses espacées) ; c'est un médicament qui agit en coup de fouet et avec le fouet on ne va pas loin ; dans les jours qui suivent l'accident, il vaut beaucoup mieux user de la *spartéine* dont l'action est moins brutale et plus durable, si moins rapide (0,05 à 0,10 de sulfate de spartéine en injection sous-cutanée matin et soir); — n'oubliez pas l'éther et ne craignez pas d'en user *larga manu*, étant donnée la rapidité de son élimination : alors que la femme est là, entre vos mains, sur le point de trépasser, alors que l'injection de caféine est faite, que l'injection de sérum est en train de se faire...... vous devez avoir la seringue d'éther à la main et en injecter un ou deux centimètres cubes à chaque défaillance plus sensible du cœur. Vous pourrez faire inhaler de l'oxygène, pour répondre à un usage classique, mais j'en suis à me demander si, au cours d'une pratique déjà longue, j'ai jamais tiré un résultat sensible de ce moyen.

Lorsque le moment sera venu de procéder à l'accouchement, à terme, près du terme ou bien avant (si l'hémorrhagie le commande), rupturez les membranes, le plus tôt possible, très largement et comme vous le pourrez, avec un perce-membrane, des ciseaux, une pince courbe glissée entre le placenta et la paroi utérine et agissant par arrachement... bien dirigé. Si l'hémorrhagie ne s'arrête pas, si le travail ne se déclare pas, n'hésitez pas à user du merveilleux ballon de Champetier : puis vous aurez le choix, suivant les cas, entre la version, le forceps, la basiotripsie. Si la tête est très haut placée, le placenta vraiment interposé, on ne peut guère hésiter à faire choix de la version, d'autant qu'elle est très facilitée par l'ordinaire souplesse, en pareil cas, du segment inférieur, et que la cuisse, faisant coin, assure l'hémostase beaucoup mieux encore que le sommet. D'après ce que j'ai dit, il n'y a guère lieu d'être arrêté par la gravité plus grande de la version pour le fœtus.

Si l'hémorrhagie survient, parfois formidable, alors que la tête, la cuisse du fœtus, le ballon de Champetier, n'ont pas encore fait tampon, ou ont cessé cet office, le fœtus étant dehors, que l'action de mettre la main gauche au niveau du fond de l'utérus, (pour le maintenir, le malaxer, comprimer au-dessus l'aorte) et la main droite dans l'organe (pour en extraire le placenta, s'il y a lieu ; pour exciter la paroi utérine, et tout en même temps conduire l'injection intra-utérine chaude, si la délivrance est faite), que cette double action ne soit de votre part qu'un double réflexe, aussi prompt que méthodique. La délivrance faite, l'hémorrhagie complètement arrêtée, l'utérus bien rétracté, le peril est toujours grand si la femme a perdu beaucoup de sang ; certes, il ne faut pas être grand clerc pour s'en rendre compte, étant donné le tableau qu'elle offre d'ordinaire, mais il faut bien savoir aussi qu'elle peut partir pour un monde meilleur, au moment même où l'on pouvait la croire retenue dans celui-ci. Usez donc, avec esprit de suite et pendant le temps voulu, de tous les moyens dont nous avons parlé, mais sachez avant tout, comme le rappelait dernièrement un vieux brave, que « *l'essentiel est d'avoir de l'estomac.* » Rappelez vous aussi cette sage réflexion de Celse : « *In evidenti mortis periculo satius est remedium adhibere incertum quam nullum.* »

Dr Paul Petit.

PUERICULTURE

Une rectification bienvenue.

Lille, le 7 juillet 1904.

A M. le Rédacteur en chef
du *Concours médical*, Paris.

Bien cher Confrère,

Je lis dans votre estimable journal, n° du 2 juillet 1904, un petit entrefilet (à la page 431) intitulé: « la Puériculture officielle. » J'apprécie trop vivement les habitudes confraternelles du *Concours médical* dont je suis un admirateur et un des plus fidèles lecteurs, pour supposer à cet entrefilet anonyme la moindre intention, non point malveillante mais même malicieuse.

Ce que je désire simplement relever, c'est le sens de cet entrefilet, qui peut faire croire à vos lecteurs : 1° que j'ai un système personnel; 2° que ce système est en opposition avec ceux qui préconisent l'allaitement maternel.

Et tout d'abord, ce que vous appelez le système du Professeur Ausset n'est autre chose que le système du Professeur Budin. Je n'ai rien inventé et si vous vouliez bien relire la *Pédiatrie pratique* » (nous faisons l'échange), rapport sur la « Goutte de lait » de Saint Pol-sur-Mer, vous verriez que « mon » système consiste à pousser les mères à nourrir et à fournir du lait à celles qui ne le peuvent. Cela n'a rien de nouveau, n'est-ce pas ?

D'autre part, je pense que le correspondant qui vous a renseigné sur le Congrès de Rouen n'a écouté que d'une oreille fort distraite. En effet, d'après votre entrefilet, il me rangerait parmi les partisans des Gouttes de lait (système Variot), c'est-à-dire les œuvres qui ne s'occupent que d'allaitement artificiel. A cela je répondrai qu'au contraire j'ai à plusieurs reprises pris la parole pour m'élever contre cette pratique, et, joignant les actes aux mots, à Saint Pol-sur-Mer, j'ai pu faire monter la proportion de nos enfants nourris au sein de 22 à 55 %.

Vous voyez donc, mon cher confrère, que la «Goutte de lait» telle que je la comprends, n'est pas autre chose que ce que mon maître, le professeur Budin, appelle « Consultation de nourrissons ». Cela, à mon sens, devrait s'appeler « Consultation de nourrissons » dans tous les cas ; mais je trouve ce titre de « Goutte de lait » si heureux, si charmant, si poétique, que je l'ai adopté, risque à me faire comprendre à tort, par vous et par d'autres, parmi ceux qui favorisent l'allaitement artificiel.

Vous m'obligerez beaucoup, mon cher confrère, en insérant cette lettre dans votre prochain numéro et je vous prie d'agréer pour vous et tous les amis du *Concours*, l'assurance de mes sentiments les meilleurs,

Dr E. Ausset.

La généralisation des consultations de nourrissons.

Les médecins-inspecteurs des nourrissons de Seine-et Oise viennent de recevoir la circulaire suivante :

DÉPARTEMENT DE SEINE-ET-OISE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection départementale DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Versailles, le 10 juillet 1904.

Cabinet de l'inspecteur

M. le Médecin-Inspecteur,

Dans sa séance du 3 décembre dernier, le Sénat a voté la résolution suivante :

« Article premier. — M. le Ministre de l'Intérieur est invité à porter à la connaissance des Conseils généraux le rapport de M. Pierre Budin, renvoyé par l'Académie de médecine au Ministre de l'Intérieur, sur la mortalité infantile et à recommander aux Préfets de se faire, par eux-mêmes et par les Inspecteurs et Médecins du service des enfants assistés et du service de la protection du premier âge, les propagateurs des *consultations de nourrissons*, des *gouttes de lait* et de toutes œuvres similaires d'assistance maternelle et de patronage des nouveau-nés. »

Par une récente circulaire, M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, en faisant connaître le texte de la résolution de la Haute-Assemblée, a exprimé le désir de solliciter de MM. les médecins-inspecteurs du service de la protection des enfants du premier âge, un concours aussi complet que possible.

Les résultats obtenus par les consultations déjà créées tendent à affirmer que plus de la moitié des maladies qui sévissent sur les jeunes enfants et entraînent des décès sont des maladies évitables.

Le professeur Budin, dans la brochure dont il est parlé plus haut, s'exprime ainsi ;

« Ce qu'il faut donc, c'est encourager le plus possible l'allaitement au sein, donner aux mères les conseils nécessaires, surveiller attentivement et diriger les nourrices, faire des pesées hebdomadaires ou bimensuelles des enfants et veiller à ce qu'ils ne reçoivent que du bon lait. Les médecins pourront de la sorte faire disparaître la cause la plus importante de la mortalité infantile : la diarrhée. »

Ces quelques mots contiennent tout le programme des consultations de nourrissons, dont la première a été créée en 1892 par le professeur Budin, à l'hôpital de la Charité. Depuis, ces institutions se sont propagées dans les hôpitaux d'abord et dans les dispensaires à titre d'annexes ; puis l'initiative privée en a créé dans différents quartiers de Paris et enfin le mouvement a gagné les départements. Les résultats ont été si satisfaisants qu'on peut affirmer maintenant que ces consultations constituent le plus puissant moyen d'action expérimenté jusqu'à ce jour pour parer aux dangers qui menacent la première enfance. Il convient donc que l'administration, entrant dans les vues du Sénat, s'applique à favoriser leur extension et leur diffusion.

Mais comment s'y prendre pour créer ces consultations et quels sont les sacrifices que nécessitent ces créations ? La réponse se trouve dans une remarquable préface que M. Jonnart a écrite en tête du livre « le Nourrisson », de M. Budin. Pour créer une consultation de nourrissons, trois choses suffisent : *une balance, un appareil à stériliser le lait et le dévouement d'un médecin.* Je ferai même quelques réserves quant à la nécessité, du moins dans certaines localités, de l'appareil à stériliser le lait, car on peut comprendre la consultation sans la distribution du lait. Or, c'est là l'unique dépense de l'institution, si la consultation se donne dans un local prêté, *tel qu'une salle de mairie*, ou *chez le médecin lui-même*. Au surplus, les détails sur l'organisation normale d'une consultation de nourrissons se trouvent dans un ouvrage récemment publié (Les consultations de nourrissons, par M. Maygrier, professeur agrégé, accoucheur de la Charité.— Masson et Cie, éditeurs), auquel je vous engage à vous reporter.

Je crois néanmoins utile de vous donner succinctement quelques renseignements à ce sujet.

Le local se compose ordinairement de trois pièces :

1° Une salle d'attente ;

2° Une salle de pesage et d'examen ;

3° Une salle de distribution du lait dans le cas où un service de distribution est annexé à la consultation.

Ces salles doivent être chauffées en hiver.

Le matériel comporte :

Dans la salle d'attente, des bancs ou des chaises :

Dans la salle d'examen, une table supportant la balance, une autre table qui sert au médecin pour écrire, et quelques sièges. Enfin, s'il y a lieu, un appareil à stériliser le lait. Pour compléter ce matériel, il est encore nécessaire d'avoir un casier pour classer les fiches sur lesquelles doivent être inscrits, chaque semaine, le poids du nourrisson, et, s'il y a lieu, le nombre de bouteilles de lait stérilisé remises à la mère.

Telle est, réduite à ses éléments indispensables, l'organisation d'une consultation de nourrissons, c'est-à-dire d'une œuvre qui a pour objet avant tout de donner aux mères et aux nourrices les avis nécessaires pour élever leurs enfants. Le médecin y joue un rôle capital. C'est donc au dévouement du corps médical, et particulièrement des médecins-inspecteurs du service de la protection du premier âge, qu'il semble convenable de recourir. Déjà dans plusieurs départements il a été fait appel à leur concours, et les consultations de nourrissons ont surgi de toute part ; ces œuvres, bien accueillies par la population, ont amené dans les localités où elles fonctionnent une diminution notable de la mortalité infantile. Il est donc d'une utilité certaine d'en provoquer partout la création et de prendre les dispositions nécessaires pour résoudre les difficultés financières lorsque le seul obstacle sera la minime dépense à faire pour l'achat des quelques objets indispensables.

Je vous serai très reconnaissant, Monsieur le Médecin-Inspecteur, de vouloir bien examiner attentivement la question qui vous est posée et je vous serai obligé de me faire connaître, dans un délai aussi court que possible, en tout cas avant le 26 juillet courant, si, comme je le pense, vous êtes disposé à assurer dans votre circonscription une consultation régulière pour les enfants de famille et pour les nourrissons des communes rattachées à votre résidence. Il vous appartient d'ailleurs d'établir les prescriptions de détails que vous aurez à me faire connaître ainsi que, le cas échéant, la nomenclature des objets qui vous seraient indispensables.

En possession de votre réponse, je serai à même de prier Monsieur le Préfet de vouloir *bien proposer au Conseil Général le vote des crédits nécessaires et d'intervenir, si cela était utile, auprès des municipalités intéressées pour qu'un local soit mis à votre disposition.*

Veuillez agréer, Monsieur le Médecin-Inspecteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

L'inspecteur départemental.

En Seine-et-Oise, les médecins ont l'habitude de répondre avec empressement aux appels de l'administration pour les œuvres de ce genre, et nous ne doutons pas quil en soit encore de même cette fois-ci.

Cela s'explique sans peine. En effet, si l'administration départementale demande du dévouement à nos confrères, elle est toujours la première à offrir le principe de l'indemnité compen-

satrice et admet tout naturellement que nos syndicats discutent avec elle le chiffre de celle-ci. Nous engageons donc les médecins-inspecteurs des nourrissons de ce département à répondre, au plus tôt, par une adhésion de principe, à M. l'Inspecteur départemental, qui tient évidemment à être fixé pour la session d'août du Conseil Général. Ils peuvent être certains que, dans l'excellente organisation projetée, il sera tenu compte de toutes exigences légitimes, ainsi que le fait prévoir la dernière phrase de la circulaire.

M. Poirson, préfet de Seine-et-Oise, a donné trop de preuves, dans divers départements, du souci qu'il accorde aux œuvres d'hygiène et d'assistance, pour qu'on lui fasse attendre un seul instant l'adhésion réclamée.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La Mutualité et les médecins.

M. le Dr Toussaint, d'Argenteuil, membre du Concours médical, publie, dans la *Revue des services d'inspection de l'enfance*, l'article suivant que nous tenons à reproduire par esprit de loyale contreverse.

Le langage qu'il tient dans la circonstance *parlant à des médecins*.et que nous avons déjà entendu sortir de sa bouche *devant un syndical médical*, est de ceux que nos confrères peuvent soumettre à une discussion courtoise.

Mais est-ce ainsi qu'on s'exprime *au milieu des mutualistes* ? A-t-on toujours là le légitime souci des intérêts du médecin ? Traite-t-on d'égal à égal avec lui ? Ne prétend-on pas avoir des droits de contrôle, de marchandage, de limitation ou d'extension abusives de son rôle ? Est-on toujours respectueux de la liberté de confiance du citoyen mutualiste, et de l'indépendance de nos confrères !

Nous avons sous les yeux certains procès-verbaux d'assemblées de mutualités régionales qui sont rédigés sur un ton tout autre que celui de l'article ci-dessous. De même, au cours des tentatives d'entente qui eurent lieu jadis, vers 1893, entre l'Union des syndicats et le *Concours médical* d'une part, et d'autre part les dignitaires de la mutualité, nous avons reconnu des Janus en nombre incalculable parmi ceux-ci. Mielleux devant nous comme des Compagnies d'assurances, ils devenaient tout fiel dès que nous avions le dos tourné.

Nous avons supporté pendant des années ces négociations d'une diplomatie à la chinoise... sans qu'elles aient abouti. Notre confrère Toussaint ne s'étonnera donc pas que, sursaturés par ces leçons de l'expérience, les médecins et leurs collaborateurs rédigent d'abord *entre-eux* la formule qui réglera leurs rapports avec le citoyen prévoyant qu'est le mutualiste, et cette formule sera en résumé celle de la liberté pour les deux parties parce que le régime social sous lequel nous vivons ne permet pas l'anachronisme que propose la routine, et qui n'est qu'un passé condamné.

Au VIIIe Congrès national de la Mutualité Française

ÉTUDE CRITIQUE

Les journaux médicaux qui dépensent tant d'encre à propos du plus insignifiant Congrès, n'ont pas soufflé mot de la grandiose manifestation mutualiste qui a eu lieu à Nantes du 16 au 21 mai dernier.

Il y avait cependant pour le Corps médical plus d'un enseignement à tirer de ce Congrès qui a réuni 1.200 délégués élus par 700 groupements représentant plus de 5.000 sociétés, comptant ensemble près de *deux millions de mutualistes*. D'autant mieux qu'un certain nombre de médecins, syndiqués ou non syndiqués, ont, à des titres divers, suivi les travaux du Congrès, où plusieurs graves questions, touchant aux intérêts de la corporation, étaient à l'ordre du jour.

On a si souvent dit et repété que les *médecins* étaient partout et toujours considérés par la masse mutualiste comme des ennemis, ou mieux *comme l'ennemi*, qu'il eût été instructif de savoir quel accueil a été fait aux délégués des divers groupes médicaux représentés au Congrès *par leurs soi-disant ennemis héréditaires*.

Delégué moi-même au VIIIe Congrès national, non comme médecin, mais en qualité de président d'une importante société de secours-mutuels, je n'ai pu, à mon grand regret, assister à toutes les réunions, mais j'étais à Nantes le vendredi 20 et le samedi 21 mai. Ce que j'ai vu et entendu pendant ces deux journées, soit au sein des Commissions, soit aux Assemblées générales, a toutefois suffi pour me confirmer dans cette opinion, qui était d'ailleurs depuis longtemps la mienne, «que les mutualistes ne « sont jamais hostiles de parti pris aux médecins, « qu'ils les écoutent généralement avec déférence, « qu'ils applaudissent souvent leurs paroles, et se « rangent même volontiers à leur avis. »

Tous les congressistes ont pu, par contre, constater un fait vraiment singulier : « Quand, dans une discussion, *un orateur médecin* était interrompu, c'était *presque toujours par un autre médecin* et si, par hasard, on lui faisait de l'opposition, de l'obstruction — *c'était toujours un médecin* qui menait le tapage !

Le Président du Congrès l'a fait remarquer très spirituellement, ainsi qu'en témoignent les comptes rendus.

Ce qui est certain, c'est que, pas plus au Congrès de Nantes qu'ailleurs, *les mutualistes n'ont fait campagne contre les médecins*. J'irai plus loin, car il est des vérités qu'il faut avoir le courage de dire ; *si un concordat*, si un *modus vivendi acceptable* n'a pas encore été signé entre les collectivités mutualistes et les médecins, ce n'est nullement la faute des premières : c'est tout simplement parce que la grande majorité des seconds, loin de désirer une réconciliation générale, *souhaite et réclame la rupture complète de toutes relations entre les mutualistes et le corps médical*.

C'est hier que l'un des rédacteurs du « Bulletin de l'Union des Syndicats Médicaux » écrivait cette phrase qui exprime clairement les *desiderata* des médecins syndiqués : « En réfléchissant, les mutualistes intelligents arriveront peu à peu à comprendre que *le mieux pour eux comme pour nous* serait de n'avoir plus du tout de service médical et de borner l'intervention de leurs sociétés à l'attribution de secours de maladie plus élevés.. »

Un autre médecin appartenant au même Groupe, a été plus explicite encore, et disait récemment dans une Assemblée : « **Ce qu'il faudrait obtenir, c'est de ne pas être payé par les malades. Ceux-ci toucheraient une indemnité journalière ; et nous considérerions, grâce à cela, les mutualistes comme des clients ordinaires.** »

***

Je me demande comment ce système, exposé pour la première fois en 1902, *par un auteur très discuté dans les milieux mutualistes*, mais par contre et pour cela même, sans doute, considéré comme un prophète inspiré par les médecins syndiqués, et cité et applaudi par eux avec enthousiasme, par M. F. Lépine, dans son livre : « La Mutualité, ses principes, ses bases véritables, » je me demande, dis-je, comment ce système a pu séduire des praticiens !..

Comment des médecins connaissant le monde ouvrier, ses ressources, ses habitudes, peuvent-ils désirer ne plus être payés par les sociétés, et traiter les mutualistes comme des clients ordinaires !!!

Fort d'une expérience de 20 ans, comme médecin de plusieurs groupes mutualistes, et en même temps comme président du Conseil d'administration d'une grande Société, je ne crains pas de dire que si ce système était mis en vigueur par toutes les Sociétés, tout le monde y perdrait ! Les sociétés, les malades, et surtout les médecins.

Examinons brièvement quelle serait dans ce cas la situation des Sociétés.

Pour que l'indemnité journalière de maladie, fixée d'ordinaire à 1 fr. 50 ou 2 francs, puisse permettre au mutualiste de vivre, de se soigner et de payer son pharmacien et son médecin pendant une maladie un peu sérieuse, il faudrait qu'elle soit notablement plus élevée, plus que doublée ! De là, dans nombre de cas, des dépenses énormes pour les Sociétés.

Tout d'abord, qu'est-ce qui prouvera aux Sociétés que leurs membres malades se sont fait traiter ?

Qu'est-ce qui prouvera que les indemnités versées *ont servi à honorer le médecin et à acheter des remèdes*? Rien. Il ne pourra plus y avoir aucun contrôle puisque les médecins, ne reconnaissant plus aucune collectivité, ne signeront plus de feuilles de maladie ; puisque les pharmaciens ne fournissant plus de factures mensuelles ou trimestrielles, le Conseil d'administration ne saura jamais ce qui s'est passé chez les malades. *Les visiteurs* qui seront chargés de la surveillance ne pourront jamais constater qu'une chose : c'est que le sociétaire *tient ou ne tient pas le lit* ; — *qu'il a sur sa table de nuit un flacon de sirop ou une boîte de pilules*. — ET C'EST TOUT.

Le malade de son côté, s'il a l'intention de frauder, aura toute facilité pour le faire. Rien ne l'empêchera de faire durer sa maladie. Telle entorse qui, traitée scientifiquement par le massage, serait guérie en 5 ou 6 jours, pourra être entretenue pendant 5 à 6 semaines, avec des compresses ou des onguents. *Pendant ce temps, notre homme qui n'aura à payer ni visite de médecin ni médicaments, empochera toute l'indemnité; qu'il pourra ensuite dépenser* à sa guise pour lui ou pour les siens. Si, au lieu d'être un finaud et de faire sa pelote, le malade est un être simpliste, ignorant et crédule, il pourra se faire voler par des empiriques, des rebouteurs ou des somnambules.

Que devient dans ces cas, le médecin ?

Il ne paraît pas. Il n'a pas même le droit d'aller donner un conseil à ce client qui le délaisse.

Mais, si, dans le cas lui paraissant sérieux, *il s'impose*, comme praticien, *et vient sans être appelé voir le malade auquel il s'intéresse ?...* Il s'expose à être mal reçu et à s'entendre reprocher de faire et de multiplier des visites, pour grossir sa note d'honoraires.

Quand le malade est traité par un médecin de Société, qui signe sa feuille de maladie ; quand le visiteur peut s'assurer que le mutualiste est réellement malade, est régulièrement visité, et a un traitement sérieux à suivre, il en est tout autrement. La Société ne dépense que ce qui est utile. Le malade est vite guéri, et le médecin reçoit ses honoraires...

C'est pourquoi je me permets de *crier casse-cou* aux médecins qui, non par conviction, mais pour obéir à un mot d'ordre syndical, veulent rompre avec les collectivités mutualistes. Je puis leur assurer qu'il est cent fois préférable pour eux (qu'ils exercent à la ville ou à la campagne), d'avoir affaire à une bonne Société bien organisée, sagement administrée, qui leur paie trois mois *des honoraires modiques, mais assurés*, qu'à un pauvre diable de prolétaire à qui l'indemnité journalière que lui servira, quand il sera malade, la caisse de sa Société (cette indemnité fût-elle notablement augmentée, comme on le souhaite), permettra peut-être d'acheter en outre des remèdes qui lui seront ordonnés, la miche de pain indispensable aux repas de sa famille, *mais qui, assurément, ne pourra jamais leur payer le premier sou de leurs honoraires* et contre lequel ils n'auront aucun recours.

Dr E. TOUSSAINT.

La Médecine de campagne.

Je n'apprendrai rien à personne en répétant que la Médecine pratique à la campagne consiste surtout à faire des *kilomètres*, en voiture ou autrement ! Tout le monde sait, d'autre part, que les honoraires médicaux, en province. s'évaluent au kilomètre parcouru ; ce qui n'est que justice en apparence, puisque, plus le malade à voir habite loin, plus il faut de temps pour le rejoindre ; puisque, dans tous les pays du monde, à notre époque, le travail non contrôlable est surtout rémunéré au « temps passé », avec frais de déplacement en conséquence.

Il résulte de ce système, illogique au premier chef en réalité, quand on réfléchit à ces choses. que ce sont les gens les plus éloignés du lieu où habite le praticien qui paient le plus cher ses visites. Comme ce sont, en très grande majorité, des paysans et des ouvriers, il en résulte que *plus on est pauvre*, c'est-à-dire éloigné de tout centre, *plus l'on paie cher les soins médicaux*, les soins les plus immédiats et les plus nécessaires ! — C'est évidemment, sinon le monde renversé, du moins de la logique d'imbécile. Mais l'être humain, qui se vante tout le temps, n'est pas bien malin, car nous vivons avec ce régime invraisemblable depuis des siècles ! Ce qui prouve que les choses les plus simples n'intéressent personne et que les réformes les plus urgentes sont toujours les plus difficiles à obtenir...

On m'objectera qu'il n'y a pas moyen de faire autrement, et que par suite il en sera toujours ainsi ! J'admets que d'ici longtemps on ne changera probablement rien du tout à cet état de choses, stupide et indigne d'un pays qui se prétend civilisé .. et socialiste dans l'âme (je parle ici au point de vue philosophique).

Mais je ne suis pas du tout convaincu qu'on ne puisse pas remédier à ce système insoutenable, dès l'époque actuelle. Je suis même sûr du contraire, si le Gouvernement, désireux vraiment d'être utile aux *cultivateurs* et aux *pauvres*, voulait s'en occuper.

En tout cas. j'ai, à ce sujet, mon petit projet, qui ne pourrait qu'*être favorable aux médecins de campagne*. Et si jamais, vers l'âge de 70 ans, je deviens député, ce qui pourrait bien arriver, car, en France, tout arrive quand on vit assez longtemps ! — et si jamais je suis chargé de représenter des intérêts agricoles, je ne manquerai pas, comme on dit, de porter la question devant le grand public !

D'ici là, taisons-nous. puisque vraisemblablement nous serions seul de notre avis. Il ne servirait à rien de se faire tuer, avant d'aller à la bataille...

Marcel BAUDOUIN,

(in *Gazette médicale de Paris*.)

N. D. L. R. — A la lecture de ces judicieuses réflexions, nous nous sommes empressés d'adresser au distingué secrétaire de l'Association de la Presse médicale un exemplaire du tarif Jeanne.

Nous avons eu, en le rédigeant, la préoccupation qu'il signale aujourd'hui. Comme nous ne demandons qu'à améliorer, nous serions heureux d'accueillir les observations et critiques d'un esprit aussi sagace. Les graves conséquences possibles de certain amendement Gourju sur lequel le Sénat discutera a propos des accidents du travail, l'expansion rapide de la mutualité, l'application encore inachevée de la loi d'assistance médicale, le rôle toujours grandissant de la médecine publique, la concurrence de prix que provoquera l'encombrement médical, sont autant de motifs qui nous engagent à suivre le conseil de Boileau : « *Vingt fois sur le métier*, etc. » Et il est des collaborations qui sont toujours les bienvenues, et que nous ne voulons pas attendre aussi longtemps que le fait craindre l'excellent chroniqueur de la *Gazette médicale de Paris*.

REPORTAGE MÉDICAL

XIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française (Pau, 1er 7 août 1904) — PROGRAMME : Lundi 1er août. — Matin : Séance d'inauguration.

Après-midi : 1er rapport. — M. Deny : Des démences vésaniques. — Discussion.

Soir : Réception par la municipalité de Pau.

Mardi 2 août. — Matin : Suite de la discussion du 1er rapport. — Communications diverses.

Après-midi : 2e rapport. — M. Sano : Des localisations motrices de la moelle. — Discussion.

Soir : Banquet du Congrès.

Mercredi 3 août. — Matin : Visite à l'asile Saint-Luc. Déjeuner à l'asile.

Après-midi : Communications diverses.

Jeudi 4 août. — Matin : Excursion à Lourdes. Déjeuner au Pic du Ger.

Après-midi : Communications diverses (au Pic du Ger).

Vendredi 5 août. — Matin : 3e rapport. — M. Kéraval : Des mesures à prendre contre les aliénés criminels. — Discussion.

Après-midi : Communications diverses.

Soir : Séance de projections. — Réception par la Société de Médecine de Pau.

Samedi 6 août. — Matin : Excursion de Pau à Izeste. — Communications diverses (à Louvie). — Déjeuner à Izeste.

Après-midi : Excursion à Eaux-Chaudes. — Coucher à Eaux-Bonnes.

Dimanche 7 août. — Matin : Excursion au Col d'Aubisque. — Réception à Argelès.

Dislocation du Congrès.

Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents (docteurs en médecine) ;

2° Des membres associés (dames, membres de la famille ou étudiants en médecine présentés par un membre adhérent).

Les asiles qui s'inscrivent pour le Congrès figurent parmi les membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de :

20 francs pour les membres adhérents ;

10 francs pour les membres associés.

Prière d'adresser, sans retard, à M le Dr Girma, secrétaire général du Congrès, asile des aliénés de Pau :

1° Les adhésions et le montant des cotisations ;

2° L'itinéraire à parcourir en chemin de fer pour se rendre à Pau (réduction de demi-place du 27 juillet au 13 août inclus);

3° Les titres et résumés des communications et discussions.

Un programme plus détaillé sera adressé à tous ceux qui ont manifesté l'intention de se rendre au Congrès ou qui en feront la demande.

Pour le Congrès d'exercice illégal.— Le Dr Péchin, délégué de la Société d'ophtalmologie de Paris, au Congrès « contre l'exercice illégal de la médecine » prie ses confrères qui connaîtraient des faits relatifs à l'exercice illégal de l'ophtalmologie, de vouloir bien les lui communiquer.

(Adresser les lettres à sa clinique, 5, place Jussieu, Paris.)

Association française de chirurgie. (XVIIe Congrès 17-22 octobre 1904). Le XVIIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 17 octobre 1904, sous la présidence de M. le docteur S. Pozzi, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Broca.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° « Traitement chirurgical de la cirrhose du foie », rapporteur : M. Monprofit (d'Angers).

2° « Valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie », rapporteur : M. Tuffier (de Paris).

3° « Décollement traumatique des épiphyses », rapporteur : M. Kirmisson, (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications à M. le docteur Walther, secrétaire général, 21, boulevard Haussmann, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Association française d'urologie. — La huitième session de l'Association française d'Urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1904, sous la présidence de M. le Professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « *Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies* ». Rapporteurs : MM. Escat (de Marseille) et Proust (de Paris). Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur une autre sujet, sont priés d'en informer le Secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue de La Boétie, Paris.

L'euthanasie. — What is that ? vont dire quelques-uns. Voici. *L'Association médicale de New-York* vient de discuter la question et elle l'a posée en ces termes : « En présence d'une maladie jugée incurable, quel est le devoir du médecin ? » Avec une logique qui vous fera passer un petit frisson dans le dos, elle a conclu que le devoir du médecin est de délivrer le malade d'une existence devenue inutile et intolérable. Puisqu'on ne peut pas le guérir, il n'y a qu'à le tuer. Le choix du moyen est laissé au médecin. Il est entendu que ce sera par les moyens les plus doux. C'est ce qu'on appelle l' « *euthanasie* ».

Quels gens pratiques que ces Américains ! Jamais nos Sociétés professionnelles ne parviendront à suivre le progrès au train dont il marche dans les pays transatlantiques.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec regret la mort de M. le Dr ISAMBARD, de Pacy-sur-Eure, membre du « Concours » et député d'Evreux. Notre Société se souviendra toujours qu'il fut l'un des plus ardents auxiliaires du dévoué Chevandier dans la défense de nos idées à propos de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La question urgente pour les syndicats médicaux.

C'est la rédaction unique du tarif ouvrier des Syndicats médicaux.

Dans le numéro 27 du *Concours médical*, nous avons nettement exposé les motifs qu'avait le Conseil de direction de juger indispensable et urgente cette mesure d'entente entre tous les Syndicats médicaux.

L'Union des Syndicats, dans la séance du 20 juillet, après discussion très serrée, a reconnu de même qu'avant de décider de l'accueil qui serait fait à l'amendement Gourju, il y avait lieu de procéder à cette concession de pure forme qui a nom rédaction du tarif ouvrier *unique*. Son prochain *Bulletin* contiendra donc un appel pressant sur ce point, et, afin de hâter les réponses et le travail d'unification, il demandera que les syndicats, laissant de côté les préoccupations de détail et de clocher vraiment sans importance, répondent par des travaux établis en suivant comme indication le *Tarif du Concours médical* et le *Tarif girondin* adoptés déjà un peu partout.

Il est urgent que toutes les réponses soient parvenues avant le 15 septembre. Les Syndicats qui se sont déjà prononcés nettement sur ce point n'ont pas besoin d'être réunis à nouveau ; ce groupe, est déjà nombreux. Une lettre du Président peut renseigner dans huit jours en ce qui concerne ceux-là.

Dans les autres, le Bureau n'aura qu'à prendre l'initiative de l'étude des tarifs sus-indiqués, et, quand son opinion sera faite, à convoquer l'assemblée générale pour la lui soumettre et enregistrer son vote.

Célérité et pas d'abstentions, telle est la formule qui résume nos conseils sur ce point.

Dès aujourd'hui, nous apportons l'adhésion entière du Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles au *Tarif du Concours médical* (3e édition).

En même temps nous reproduisons celle des 600 Syndiqués de la Fédération du Nord, dans les termes où nous la fait connaître son *Bulletin*.

Voici ce que dit le Secrétaire général de la Fédération après avoir publié notre article du numéro 27.

Les médecins du Nord n'ont guère été émus par ces discussions ; il importe cependant qu'ils se tiennent sur leurs gardes.

Chez nous, en effet, il existe, depuis 1900, un tarif de l'assistance chirurgicale voté par le conseil général : il est calqué sur le tarif ouvrier de notre confrère Jeanne, c'est le tarif dit du *Concours médical*.

Dans ces conditions, les soins donnés aux accidentés du travail nous étant payés d'après ce tarif, nous n'avions aucune réclamation à formuler.

Dans d'autres régions, il n'existait pas de tarif officiel de l'assistance, ou encore ce tarif était ridiculement bas ; de là les réclamations et de là aussi les approbations qui ont suivi le vote du Sénat déclarant qu'à l'avenir les accidents du travail seraient payés au médecin d'après le tarif ouvrier de la région.

Mais, dès lors, il n'y a plus d'entente possible entre les médecins si on ne se met pas d'accord sur le tarif ouvrier.

Les sénateurs ont déjà ergoté sur la valeur de ce mot, et ils ont été d'accord, c'est tout clair, contre les médecins. Ils ont répété que le mot «tarif ouvrier»

voulait dire le prix le plus bas auquel un médecin fait des visites. Ils n'ont pas voulu comprendre que le médecin pouvait avoir un tarif pour les indigents.

Il s'ensuit que, dans une ville, dans un département, le jour où le nouvel article de loi voté par le Sénat sera mis en vigueur, on pourrait voir les compagnies prétendre que le prix d'un pansement est de 50 centimes sous prétexte qu'il existe un ou même des médecins qui font des visites à ce prix-là. Les compagnies plaideraient que le tarif ouvrier, c'est le tarif le plus bas usité dans la région, d'après l'avis même du législateur, tel qu'il ressort des débats parlementaires.

Il faut avouer qu'il y a là un danger et que, dès aujourd'hui, tous les médecins doivent adopter comme tarif minimum le tarif ouvrier, dit tarif Jeanne, sous peine de risquer de devoir, toute leur vie, soigner les accidents du travail à un prix dérisoire.

Aussi sommes-nous absolument de l'avis de nos confrères du *Concours médical*, qu'il serait préférable qu'un décret fixe un tarif pour les soins aux accidentés du travail, mais il semble que ce soit le tarif Jeanne qui doive être adopté comme tarif officiel.

Pour cela, il convient que tous les syndicats soient d'accord dès aujourd'hui pour déclarer officiellement que ce tarif est le tarif minimum de leur syndicat. Il n'y a pas de tarif au-dessous de celui-là, et si un médecin croit que son client ne peut pas payer ce tarif, c'est entre le client et le médecin une affaire de charité et de concession.

Un mot seulement pour terminer cet appel.

Quant la rédaction unique sera effectuée par l'Union des syndicats, elle nous paraît devoir être présentée sous ce titre.

« *Tarif minimum des Syndicats médicaux* »

La Gironde, le *Concours médical* et le Dr Jeanne feront bien, à la cause commune, ce petit sacrifice-là, quand ce ne serait que pour prêcher d'exemple et faire de l'unité évidente.

Le Conseil de direction.

LA SEMAINE MÉDICALE

La Stovaïne.

Le professeur Reclus, dont la compétence en matière d'injections sous-cutanées analgésiantes est universellement reconnue, vient d'étudier le nouvel anesthésique, la stovaïne. — Il résulte de ces expériences comparatives avec la cocaïne que la stovaïne est moins toxique, qu'on peut aller, à la rigueur, jusqu'à 0,20 centigrammes de stovaïne sans danger ; que, tandis que la cocaïne a une action vaso-constrictive, la stovaïne, au contraire, a une action vaso-dilatatrice ; on pourrait opérer les malades analgésiés avec de la stovaïne dans la position assise, tandis qu'il faut les opérer couchés quand on les analgésie avec la cocaïne.

Voilà pour les avantages de la stovaïne sur la cocaïne. Quant aux inconvénients, ce sont les suivants : l'injection de stovaïne laisse une coloration moins blanchâtre que la cocaïne ; la ligne exacte où doit porter le bistouri est donc moins nette et on sait quelle importance il y a à porter le bistouri exactement sur la ligne où a porté la cocaïne. Il en est de même pour la stovaïne ; l'opérateur devra donc apporter la plus grande attention à bien inciser sur la zone analgésiée.

Enfin il est encore un avantage de la stovaïne sur la cocaïne, c'est que, tandis que la cocaïne est une production de Hambourg, essentielle-

FEUILLETON

Un roman de l'âge critique.

Il y a de la maladie dans presque toutes nos passions. Ferd. Fabre.

C'était par une belle journée de printemps. Un clair et gai soleil dardait ses rayons d'or à travers l'atmosphère.

Les voies publiques étaient sillonnées de promeneurs qui humaient, en flânant, les effluves printanières. Impatient moi-même d'aller respirer l'air pur, je reconduisais, joyeux, jusqu'à la porte, le dernier client de ma consultation du jour.

Comme j'allais rentrer, une dame vêtue avec élégance approche et me retient sur le seuil. Coiffée d'un large chapeau Rembrandt en peluche de soie beige, surmonté d'une splendide amazone noire, elle était vêtue d'une robe de faille grise garnie d'un volant en forme. Terminée par une traîne discrète, la jupe gracieusement relevée laissait voir une grosse ruche de satin noir traversée par deux biais étroits de taffetas vert. Une mantille de dentelle noire et une ceinture de velours vert complétaient le costume.

De grands yeux noirs expressifs, un teint mat d'Orientale, des lèvres vermeilles, d'un dessin pur, formaient une physionomie saisissante.

— Puis-je parler un instant à M. le docteur, me dit la dame, que je voyais pour la première fois ?

— Veuillez, Madame, prendre la peine d'entrer.

Après l'avoir introduite et installée dans mon cabinet, je m'assis en face d'elle, prêt à recueillir ses paroles qui me paraissaient devoir être intéressantes.

— M. le docteur, dit-elle, je viens vous consulter pour un malaise fort désagréable. J'ai souvent des vertiges et des manques d'équilibre.

— Avez-vous appétit ? vos digestions sont-elles faciles ?

— J'ai un estomac excellent.

— Vous n'avez pas souffert des oreilles ?

— Jamais.

— Depuis quand avez-vous ces vertiges ?

— Depuis quinze à dix-huit mois.

— Vous avez, Madame, des vertiges névropathiques. Avez-vous déjà consulté un médecin ?

— J'en ai consulté plusieurs.

— Vous avez suivi un traitement ?

— Très irrégulièrement. J'ai horreur des remèdes. Si vous pouviez me guérir sans remèdes ?

— Vous pouvez améliorer votre état en faisant de l'hydrothérapie, de l'exercice, de la gymnastique.

— C'est encore bien compliqué tout cela.... (un temps). Du reste, M. le docteur, ce n'est pas une consultation que je suis venue vous demander, c'est plutôt un renseignement. Je désire savoir si une femme qui ne voit pas son sang, peut devenir mère.

— Cela dépend, Madame, de bien des choses, mais surtout de l'âge de la femme.

— Comment cela, M. le docteur ?

— Une femme de 25 ans, qui ne voit pas ses règles, peut devenir enceinte, si elle ne l'est déjà. Une fem-

ment allemande, la stovaïne, au contraire, est d'origine française et sera, par ce fait, beaucoup plus abordable.

Les premiers essais d'analgésie locale par la stovaïne sont vraiment des plus encourageants et, en terminant son intéressant rapport, M. Reclus a pu dire qu'il y avait bien des chances pour que la stovaïne héritât de la cocaïne.

M. Pouchet, qui a fait avec la stovaïne des expériences sur les animaux, insiste sur son action toni-cardiaque, mais M. Pouchet n'est pas d'accord avec M. Reclus au sujet de l'action vaso dilatatrice de la stovaïne. Il n'a, quant à lui, constaté ni action vaso-constrictive, ni action vaso-dilatatrice. Mais, au point de vue analgésique, il estime, comme M. Reclus, que la stovaïne vaut la cocaïne. (*Gaz des hôp.*)

M. Huchard dit avoir obtenu de très bons résultats des injections sous-cutanées de stovaïne dans certains cas de névralgies rebelles.

Résultats de 140 ponctions lombaires.

MM. CHAUFFARD et BOIDIN ont pratiqué systématiquement la ponction lombaire sur 140 malades atteints d'affections variées du système nerveux : chez 79 d'entre eux, l'examen cytologique du liquide céphalo rachidien a été positif, chez les 61 autres, quoique négatif, il n'en a pas moins été utile pour le diagnostic On a suivi, dans tous les cas, une technique rigoureusement semblable : centrifugation pendant un quart d'heure au centrifugeur électrique de 5 centimètres cubes de liquide reçu en tube effilé ; culot recueilli en totalité et réparti en trois gouttes sur trois lames, après mélange. L'examen n'a été considéré comme positif que quand les éléments dépassaient le chiffre de cinq par champ d'immersion.

Dans 13 cas de méningite tuberculeuse, la ponction lombaire a donné 9 résultats positifs, avec constatation du bacille de Koch dans le culot.

Dans plusieurs de ces cas c'est la ponction lombaire qui a permis de porter dès le début un diagnostic exact. Dans une observation tout particulièrement, elle a permis de dépister l'infection méningée alors que celle-ci était cliniquement voilée par une crise aiguë de délire alcoolique.

La ponction lombaire est d'une incontestable utilité pour le diagnostic des hémorrhagies méningées et des hémorrhagies cérébro-méningées. Mais elle a encore une autre valeur ; elle est un moyen thérapeutique. Elle peut pallier en effet, dans une certaine mesure, aux accidents d'hypertension qui résultent de cette brusque irruption sanguine dans la cavité sous-arachnoïdienne. Enfin, pour ce qui a trait aux hémorrhagies méningées, elle donne des renseignements pronostiques plutôt favorables.

La ponction lombaire fournit des renseignements très précieux dans des cas particuliers et d'interprétation clinique délicate.

C'est ainsi qu'au cours de diverses infections (pneumonie, fièvre typhoïde) s'accompagnant de phénomènes nerveux graves, elle a montré bien souvent l'intégrité du liquide céphalorachidien, alors que la clinique pouvait faire craindre un envahissement microbien et non pas seulement une simple imprégnation toxique.

Dans un autre cas, au contraire, d infection colibacillaire généralisée, elle a montré l'atteinte de système nerveux central : Une jeune femme entre à l'hôpital dans un état d'adynamie profonde avec diarrhée profuse ; l'exploration rachidienne donne issue à un liquide normal, brusquement la malade fait une hémiplégie, la ponction lom-

---

me de 50 ans, qui n'a plus ses règles, depuis longtemps surtout, est forcément stérile.

— Cette réponse n'est pas satisfaisante, M. le docteur. Tout au moins elle ne m'éclaire pas sur ce que je désire savoir.

— Expliquez-vous, Madame.

Après un instant d'hésitation et avec une espèce de contrainte :

— Supposez, Monsieur le docteur, que ce soit moi qui ne sois plus réglée depuis un an. Pourrais-je redevenir enceinte ?

— C'est fort probable, Madame. Serait-il indiscret de vous demander votre âge ?

— Quel âge me donnez-vous ?

— 35 ans environ.

J'ai plus de 35 ans, bien que l'on ne me donne souvent qu'une trentaine d'années (un temps). Je veux tout vous dire. J'espère que vous me saurez gré de ma franchise et que vous me donnerez un bon avis... C'est pour moi que je demande ce renseignement. J'ai 46 ans, je ne suis plus réglée depuis un an. Puis-je devenir mère ?

— Rien n'est moins certain. Avez-vous eu des enfants ?

— Oui, docteur.

— Combien ?

— Dix.

(Je fis sans doute un mouvement involontaire d'étonnement.)

— Oui, docteur, j'ai eu dix enfants, dont huit encore vivants : deux sont avec moi.

— Et vous ne tenez pas absolument à en avoir un onzième ?

— Assurément non, docteur ; d'autant mieux que.....(un temps prolongé). Mais je dois vous faire une confession complète. J'ai un rendez-vous ce soir (un temps), avec un jeune homme.

— Vous êtes veuve, Madame ?

— Non docteur ; mais mon mari habite loin d'ici.

— A l'étranger ?

— Oui à l'étranger, il est attaché d'ambassade dans une des principautés Danubiennes... (un temps).

Cela doit vous étonner de m'entendre parler de rendez-vous dans la situation où je me trouve ?

— L'absence, Madame, explique bien des choses ; et depuis longtemps vous êtes séparée de votre mari ?

— Depuis deux ans. Mais il n'y a pas que l'absence. Il y a autre chose.

Nouvelle hésitation ; nouvelle pause.

— Enfin j'ai commencé de parler, vous devez tout savoir.

Depuis notre séparation, volontaire d'ailleurs, mon mari est venu deux fois en France. Chaque fois il a passé un mois auprès de nous. La première fois il voulut venir avec moi. Il fit des efforts, de grands efforts. Il n'y eut qu'un petit, ou deux tout petits résultats.

Vous pouvez comprendre combien j'ai souffert.

La deuxième fois, nouveaux efforts réitérés : il fut absolument impuissant.

— Cependant, Madame, vous avez eu dix enfants. Il n'était pas impuissant alors ?

— Non. Mais il a peut-être depuis (un temps) fait des excès.

★

baire donne alors issue à un liquide chargé de polynucléaires, et à l'autopsie on trouve dans les noyaux gris centraux affleurant la surface du ventricule latéral, un foyer de nécrose en voie de suppuration dû à une embolie septique. Inutile de multiplier les observations dans lesquelles la ponction lombaire a été un guide précieux pour juger de l'envahissement ou de l'intégrité des méninges au cours des infections. Ces quelques exemples en montrent la valeur clinique.

Les effets thérapeutiques de la ponction lombaire sont parfois très remarquables. Cette opération amène une détente des phénomènes douloureux. M. Chauffard insiste sur l'action bienfaisante qu'a eue la ponction lombaire dans un cas de vertige labyrinthique caractérisé par des bruits subjectifs avec état vertigineux constant se compliquant de grands ictus. La malade avait déjà eu cinq de ces chutes précédées d'un aura auditif. La soustraction de 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien suffit à produire une amélioration très grande. L'état vertigineux, les ictus disparurent, les bruits subjectifs diminuèrent beaucoup.

Une autre observation, qui montre bien le parti que l'on peut tirer de cette méthode, est celle qui a trait à une jeune femme atteinte de néphrite chronique secondaire à une diphtérie. A deux reprises, la ponction lombaire fit disparaître brusquement les accidents graves observés : céphalée arrachant des cris à la malade, cécité complète, vomissements avec dyspnée.

Enfin, un tuberculeux du service eut, à la suite d'un zona très douloureux, des maux de tête intenses et persistants. La ponction le soulagea immédiatement et pour une quinzaine de jours ; la céphalée réapparaissant, une nouvelle soustraction de liquide eut la même action. Depuis, le malade réclame lui-même la ponction dès que les douleurs font leur apparition.

Quant aux dangers de l'opération, ils sont nuls, si l'on est rigoureusement propre et si l'on évite de dilacérer les vaisseaux des masses sacro-lombaires en ponctionnant sur la ligne médiane, quand la voie latérale est un peu pénible.

MÉDECINE PRATIQUE

Les idiosyncrasies médicamenteuses.

Le plus grand nombre des jeunes praticiens abordent la thérapeutique appliquée avec un ardent enthousiasme et prescrivent les substances les plus toxiques et les plus dangereuses sans songer aux risques fort graves qu'ils encourent, même en prescrivant des doses relativement modérées, sans avoir tâté préalablement la susceptibilité individuelle de chaque malade. Les formulaires, en effet, donnent forcément des indications générales, des moyennes applicables à la plupart des cas, mais non pas à tous sans exception. La susceptibilité individuelle pour les médicaments se nomme l'idiosyncrasie médicamenteuse ; quoique rare, elle peut, malheureusement, se manifester brusquement sans que rien l'ait fait prévoir et amener de graves désastres. C'est un des innombrables pièges semés sur la route du médecin ; notre étude d'aujourd'hui a pour but de mettre, de nouveau, en garde, ceux de nos confrères qui n'en auraient plus qu'un vague souvenir.

— C'est une explication qui paraît plausible.

— Dans ces conditions, M. le docteur, vous devez apprécier qu'à mon âge on ne peut pas dire adieu... (hésitation).

— A l'amour, ce serait malheureux.

— N'est-il pas vrai ?

— Et votre ami est jeune ?

— Il a 26 ans.

— Vous le connaissez depuis longtemps ?

— Je ne lui ai pas encore parlé.

— Comment cela ?

— Nous correspondons depuis un mois : nous nous rencontrons ; nous nous voyons. Il m'a envoyé des fleurs. Il ne m'a pas encore adressé la parole. C'est ce soir que nous échangerons les premiers mots.

— L'heure est fixée ?

— Une lettre, ce matin, m'a donné l'heure du rendez-vous : ce soir à six heures.

— Vous ne penserez plus à vos vertiges ?

— Je les ai déjà oubliés, ils guériront tout seuls.

— Dites plutôt, Madame, que vous tentez ce soir un traitement nouveau.

— Oui, docteur, et j'espère que ce traitement sera le plus efficace.

— Votre espoir ne sera pas déçu, Madame. La confiance, presque autant que la foi, opère des miracles.

— J'en accepte l'augure, M. le Docteur : mais je crois surtout au bonheur.

Sur ces mots, ma cliente se leva et prit congé. Je pus alors donner libre cours à ma vive satisfaction. Je me délectai en pensant aux singulières confidences que reçoit parfois le médecin.

J'assistais au début d'un roman. Je venais de lire le prologue, mais je désirais connaître la suite et le prochain numéro se ferait sans doute attendre longtemps. L'héroïne m'était connue et m'inspirait un vif intérêt ; mais le héros ???

Par un sentiment de discrétion des plus blâmables, je n'avais demandé à ma cliente ni son nom, ni son adresse, ni ces références qui pouvaient me mettre sur la piste.

Les questions se pressaient en masse dans mon esprit.

Quel était le jeune homme ? Le rendez-vous aurait-il lieu ?

Quelles en seraient les suites ? A quoi pouvait aboutir une pareille aventure ? N'était-ce pas une mystification ?

A dire vrai, que m'importait, après tout, cette intrigue amoureuse ? Depuis 40 à 50 ans, j'en avais vu bien d'autres et des plus variées, des plus comiques comme des plus dramatiques.

Quand même, je m'y intéressais. L'héroïne n'était pas banale ; son passé, son caractère, sa position sociale me la rendaient sympathique.

J'y pensai pendant quelques jours ; puis, une idée chassant l'autre, l'oubli vint ; je n'y pensai plus.

— Deux années ne s'étaient pas encore écoulées.

Par une glaciale et pluvieuse soirée d'hiver, je rentrais au logis, gelé, trempé, crotté comme un barbet. Après avoir parcouru les champs et la ville j'allais goûter les douceurs du Home, petite mais

I

LES GRAVES IDIOSYNCRASIES MÉDICAMENTEUSES.

Nous aborderons le sujet par une rapide revision des plus graves idiosyncrasies médicamenteuses.

L'absorption peut se faire par le tube digestif, par la peau, par les muqueuses ; par conséquent il faut se méfier aussi bien des prescriptions pour l'usage externe que des prescriptions pour la bouche ou pour le rectum et les voies génito-urinaires.

L'*antipyrine* ou analgésine produit, chez un grand nombre de personnes, soit des éruptions cutanées, soit des manifestations bucco-pharyngiennes, soit même des suffusions sanguines sous-cutanées, du purpura, des ecchymoses assez étendues. Les éruptions antipyriques affectent, soit la modalité urticaire, soit la modalité érythème papuleux plus ou moins prurigineux, voire même l'apparence de l'herpès ; on a cité des faux zonas antipyriques. A la bouche, on voit parfois survenir des stomato-gingivites, des aphtes, des éruptions bulbeuses en dedans des joues, des hémorrhagies gingivo-sous-muqueuses. Certaines personnes font des pétéchies, du purpura aux jambes, aux cuisses, au ventre ; on a même cité un cas d'ecchymose étendue de la verge, donnant l'apparence d'une verge noire. Ces phénomènes sont effrayants au premier abord, inquiètent vivement les malades. En général, on peut les rassurer et leur affirmer que tout rentrera dans l'ordre de soi-même.

Toutefois, on fera bien de ne plus redonner d'antipyrine à de tels malades, et on leur recommandera d'en garder le souvenir et d'en avertir le médecin qui pourrait avoir l'idée de leur en prescrire. Les cas de mort sont absolument exceptionnels ; cependant, on en a cité quelques-uns, qui se sont produits avec l'administration d'un gramme cinquante à deux grammes d'antipyrine.

L'*acétanilide* ou *antifébrine* est encore un médicament dangereux, qui produit, assez fréquemment, chez les personnes prédisposées, une sorte d'asphyxie générale, une coloration violacée des téguments, voire même du refroidissement des extrémités, du collapsus et du coma.

Le *sulfate de quinine*, le *salicylate de soude* et tous les composés salicylés, salipyrine, salol, salicylate de quinine, ont, chez certaines personnes, une action abortive et métrorrhagique fort traîtresse ; il faut s'en méfier énormément.

Le *mercure*, employé extérieurement en frictions ou en pansements, est très dangereux pour certains prédisposés : l'onguent napolitain provoque soit des érythèmes, soit des éruptions eczémateuses qui favorisent encore plus l'intoxication ; parfois une simple friction amène une stomatite mercurielle terrible ; un ou deux pansements au sublimé, une ou deux injections hydrargyriques vaginales peuvent produire de la stomatite, de la diarrhée, des érythèmes. On observe, parfois, des ulcérations intestinales, des hémorrhagies, de la lientérie, du collapsus, et du coma. La mort est la terminaison la plus habituelle de ces cas graves, et ils sont plus fréquents qu'on ne croit. Quelques prétendus décès par infection puerpérale sont imputables à des intoxications par les injections de sublimé. On a récemment cité des cas d'empoisonnement rapide par le sublimé dans les voies urinaires. Et, certainement, dans bien des cas, il n'y avait pas eu exagération dans les doses, ni dans le nombre des injections. C'est une nouvelle preuve de la réalité de l'idiosyncrasie mercurielle.

---

douce compensation aux gros ennuis de cette journée detestable. Je me préparais à me plonger dans mon fauteuil, les pieds sur les chenets, la tête sous ma lampe, quand ma domestique vint m'apprendre que j'étais demandé auprès d'une malade.

— Comment s'appelle la malade ?

— Madame Labesque.

— Quelle rue ?

— Rue de la Butte.

Labesque ? Labesque ? ce nom ne me disait rien.

La rue de la Butte est une rue écartée peu habitée, fermée par un remblai du chemin de fer d'Orléans.

— J'irai demain.

— Ce n'est pas pour demain que Monsieur est appelé. C'est tout de suite. Cette dame est très mal.

— Qui est venu demander ?

— C'est un petit garçon d'une douzaine d'années. Il était tout en larmes et disait que sa mère allait mourir.

Il n'y avait pas à hésiter. Il fallait repartir.

Le mieux, en cas pareil, est de s'exécuter sans plainte ni protestation, autrement on aggrave ses impressions pénibles.

— J'arrive rue de la Butte. Je suis introduit par un enfant — celui qui était venu me chercher — dans une chambre à coucher étroite, garnie de tapis, de rideaux, de tentures, de tableaux.

C'était un délicieux boudoir.

Recouverte d'un abat-jour artistique, une grande lampe à pied, placée sur la table de nuit, inondait le haut du lit d'une vive clarté. En pleine lumière, sur un oreiller garni de dentelles, un visage pâle et contracté m'apparut comme un rêve. C'était ma cliente d'un jour.

— Vous me reconnaissez, Monsieur le Docteur ?

— Assurément, Madame.

Ma réponse était expressive sans doute.

— J'ai dû vous intéresser, reprit-elle., (un temps). Nous causerons un jour. Mais à cette heure, je souffre le martyre. Je suis malade à mourir. Soulagez-moi, je vous en conjure.

Elle se plaignait d'une douleur vive, lancinante, dans la fosse iliaque et dans la région lombaire droite. Cette douleur siégeait exactement aux points iliaque et lombaire de la névralgie lombo-abdominale.

La pression au niveau de ces points arrachait des cris à la malade. La peau elle-même était le siège dans une certaine étendue d'une hyperesthésie prononcée. Le moindre contact produisait de la douleur. Il n'y avait pas de température ; c'était une manifestation purement névropathique.

— J'ai sans doute une appendicite, docteur ?

— Non Madame. Vous connaissez donc l'appendicite?

— J'ai lu des articles de journaux qui se rapportaient à cela.

— Vous avez, Madame, une affection extrêmement douloureuse, mais aussi bénigne qu'elle est douloureuse. Soyez sans inquiétude.

— Je proposai une ponction de morphine et d'atropine qui fut refusée ; j'ordonnai des fomentations de gaïacol et au salicylate de méthyle et une potion au chloral et au bromure de potassium.

Le lendemain, il y avait de l'amélioration.

L'*iodoforme* présente des dangers semblables à ceux du sublimé. Certaines personnes prédisposées sont facilement intoxiquées par cette substance. Un simple pansement iodoformé peut provoquer des érythèmes papuleux,scarlatiniformes, ou polymorphes.Un petit nombre de pansements avec la même substance peut amener des nausées, des vomissements, de la diarrhée, du collapsus et quelquefois même la mort.

La *cocaïne*, même maniée avec prudence, peut produire des troubles vaso-constricteurs et cardiaques chez les personnes tarées d'une idiosyncrasie spéciale.

Quelques cas de mort sont attribuables, non pas seulement à un excès de doses, mais à une susceptibilité individuelle.

Les découvertes modernes amèneront probablement de nouvelles trouvailles d'idiosyncrasies graves ; il faut ne pas le perdre de vue, quand on ne connaît pas encore le tempérament et les points faibles de son malade. En tout cas,la prudence la plus élémentaire commande de prescrire et d'employer ces dangereuses substances par doses fractionnées et progressives.

II

Idiosyncrasies légères.

Tous les médicaments peuvent amener, chez certaines personnes, des troubles plus ou moins importants, qui sont absolument spéciaux à ces personnes et qui demeurent tout à fait inexplicables.

Dans un grand nombre de cas, les malades,par pusillanimité, suggestion ou nervosisme, ont une véritable terreur des médicaments et ils s'empressent de prévenir le médecin que, pour eux, il faut s'abtenir de grosses doses médicamenteuses. Dès qu'ils parviennent à lire sur une ordonnance les mots : chloroforme, strychnine, belladone, phosphore, éther, etc. , ils sont pris d'une terreur invraisemblable et ils s'abstiennent de prendre les doses indiquées. Cela est évidemment de la niaiserie et de la pusillanimité ; toutefois il est bon de tenir compte de ces tempéraments névrosés et de ne pas passer outre trop ouvertement. On masque adroitement les mots terribles et on fractionne les prises en 5 ou 6 fois de façon à ne faire courir aucun risque au malade.

Les alcaloïdes de l'aconit et de la belladone sont dangereux quand on les emploie à doses un peu élevées, surtout en granules ; il en est de même, de la digitaline. Il ne faut jamais prescrire plus d'un quart de milligramme à la fois, et avoir soin de maintenir un intervalle de 2 heures au moins entre deux doses. Malgré ces précautions, il peut néanmoins se produire quelques incidents chez les prédisposés : constrictions pharyngiennes, sécheresses, troubles congestifs faciaux, oculaires, gastralgies, fourmillements.

C'est tout ce qui peut survenir, si l'on a été circonspect dans les prescriptions.

La colchique et surtout la colchicine présentent aussi de sérieux dangers ; chez quelques personnes prédisposées, la colchicine, même à dose d'un cinquième ou d'un quart de milligramme, provoque une diarrhée épouvantable, du collapsus et la mort.

C'est donc un médicament à éviter ; si quelques-uns le tolèrent bien, d'autres peuvent être empoisonnés.

Il n'est pas jusqu'au *bromure de potassium* et à *l'iodure de potassium* qui ne soient plus ou moins mal supportés par certains tempéraments. Le bromure produit des éruptions acnéiques multiples et tenaces qui empêchent de continuer le

---

— Guérissez-moi vite, docteur, il ne faut pas que je sois longtemps malade. Je deviendrais laide. Mon ami s'éloignerait de moi.

Elle prononçait ces mots « mon ami » d'un air langoureux et satisfait qui en disait long sur sa mentalité amoureuse.

— Vous l'aimez donc beaucoup ?

— Si je l'aime ? ! Mais voilà bientôt deux ans que ma vie est un enchantement. Vous vous rappelez le jour où je suis allée vous demander votre avis ; nous devions nous rencontrer le soir à six heures.

— Je m'en souviens, Madame.

— Mon ami était avant moi au rendez-vous. C'était sur la route de Néris. Nous sommes restés ensemble jusqu'à neuf heures. Pendant deux heures,nous nous sommes promenés à la clarté de l'astre de la nuit.

Cette scène me rappelait le rendez-vous de Balzac avec la Hamka; seulement ce n'était pas à la clarté de l'astre de la nuit,mais à l'ombre d'un grand chêne et sur le bord d'un grand lac.

— Ce jour-là, dit-elle, il n'y eut rien. Ce n'est que le surlendemain, le troisième jour. Mon cœur a conservé de cette heure si désirée, si attendue, un souvenir ineffaçable.

— Vos sensations sont vives, Madame.

— Elles n'ont jamais été aussi voluptueuses.

— Autrefois ?

— Autrefois, docteur, je n'ai jamais éprouvé de plaisir avec mon mari que par des moyens artificiels; avec mon ami, c'est par les moyens naturels. Vous devez comprendre la différence. Il y a bientôt deux ans que je connais la joie de vivre. Ah ! ne me laissez pas mourir.

Ses désirs furent exaucés. Elle était guérie au bout d'une huitaine de jours de ces phénomènes douloureux, qui n'étaient en somme que des phénomènes d'hystérie.

Six mois se passent.

Un soir, vers dix heures, j'allais prendre la position horizontale. On sonne à ma porte. La domestique vient me dire que quelqu'un vient me parler.

— Qui quelqu'un ?

— C'est une dame voilée.

— Faites entrer au salon.

Cinq minutes après je me trouve en face de la dame qui, relevant soudain son voile, me dit :

— Vous me reconnaissez bien encore, Docteur?

— Sans doute, Madame.

— J'ai à vous présenter mes excuses de venir vous déranger à pareille heure ; mais je n'aurais pas osé venir dans la journée (un temps).

— Je viens vous consulter pour une maladie ou plutôt pour un accident extraordinaire (un temps) je ne sais trop comment dire cela.

...... Mes cheveux sont tombés.

Vos cheveux sont tombés, mais il vous en reste encore beaucoup.

— Je ne me fais pas comprendre .C'est de mes cheveux qui sont au-devant des parties naturelles que je veux parler.

— Ah ! bien, Madame, vos poils sont tombés.

— C'est cela, docteur. Cela doit tenir à la pression d'un appareil que porte mon ami et qui m'a comprimée trop fort.

Il faut avouer que le cas était singulier. Il n'est

médicament ; on a proposé, pour éviter cet accident, de donner de l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler ou d'arséniate de soude. Malheureusement, ce moyen échoue la plupart du temps. Ce qui vaut mieux, c'est d'employer des antiseptiques intestinaux (salol, benzonaphtol, charbon naphtolé) concomitamment au bromure et des purgatifs répétés. Les plus récentes recherches ont démontré que la déchloruration, préconisée depuis quelques années contre l'épilepsie, est tout à fait néfaste à l'administration des bromures, qui deviennent alors très toxiques.

L'iodure de potassium est loin d'être toujours bien toléré; certaines personnes prédisposées ont, à la suite de l'absorption de ce médicament, des troubles congestifs faciaux très pénibles ; coryza intense, conjonctivo blépharite double, catarrhe tubo-auriculaire et surdité passagère, œdème ou simple bouffissure de la face, obnubilation intellectuelle. On peut parfois croire à l'apparition d'un érysipèle cranio-facial.

L'iode, administré sous forme de gouttes de teinture d'iode peut amener les mêmes troubles que l'iodure. Toutefois, pour attribuer les accidents à une véritable idiosyncrasie, il faut que plusieurs personnes aient absorbé des doses semblables du même médicament, préparé par le même pharmacien, et que toutes n'en aient pas éprouvé de malaises. En effet, les produits n'ont pas toujours une pureté suffisante, le vieillissement peut les avoir altérés.

Certains médicaments produisent des altérations des téguments avec lesquels ils sont en contact ; ainsi *l'acide phénique, le sublimé, le formol* provoquent, chez certaines personnes prédisposées, des eczémas tenaces et fort pénibles, des brûlures, des sphacèles, des gangrènes même. Il faut s'en méfier et surtout, ne jamais les employer *larga manu*.

A côté des idiosyncrasies pour les médicaments absorbés, nous devons étudier les susceptibilités particulières pour les odeurs. Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que toutes les odeurs ne produisent pas le même effet pénible aux mêmes personnes : les unes sont impressionnées péniblement par l'éther, les autres par la valériane, les autres par le camphre, d'autres par l'iodoforme, etc. Il faut, tout en n'écoutant pas les simagrées de la première hystérique venue, tenir compte des remarques que peuvent vous soumettre les gens intelligents et tâcher de masquer par un artifice de préparation les odeurs qui sont trop difficilement supportées et qui empêchent la bonne administration des médicaments. Les capsules, perles et cachets, les globules Fumouze surtout, ont le grand avantage de remplir ce desideratum.

III

Conclusions.

La constatation bien réelle de l'existence des idiosyncrasies comporte naturellement plusieurs enseignements :

1° Quand on prescrit, il faut stipuler tous les détails d'une manière précise et ne pas se contenter d'indications vagues. Il est nécessaire d'écrire les doses des substances toxiques en toutes lettres ; il faut inscrire que le produit devra être chimiquement pur et, au besoin, indiquer au malade la pharmacie que l'on croit être la plus consciencieuse et la mieux approvisionnée ;

2° Les doses seront, le plus possible, fractionnées et scindées, surtout, au début, pendant qu'on étudie son terrain et son malade ;

---

sans doute pas unique ; mais je n'avais rien vu de pareil.

Du reste, ce fut pour moi un mauvais son de cloche, car, si un auteur connu a pu écrire un chapitre sur l'influence du bleu dans les arts, je considère qu'on pourrait écrire un chapitre plus intéressant encore sur l'influence du système pileux dans l'amour.

— Vous trouverez bien, docteur, un remède contre cet inconvénient ?

— Je l'espère, madame.

Je lui prescrivis une pommade à la pilocarpine et je la rassurai sur le résultat.

C'était la troisième fois que je me trouvais en rapport avec cette cliente plus qu'intéressante et je n'avais pas trouvé un moment, tant la conversation avait été animée, pour lui demander quelques renseignements sur ses antécédents. Cela était d'autant plus important que je la croyais fortement atavique.

Il fallait vérifier la chose.

De son père, elle ne put ou ne voulut rien me dire.

Elle me raconta que sa mère s'était suicidée à la suite d'ennuis peu graves.

Tout s'éclairait d'un nouveau jour. J'étais fixé.

Le passé, la séparation, la situation anormale, trouvaient leur justification. Le présent s'expliquait mieux encore.

Les victimes de l'atavisme sont loin d'être toujours à plaindre. Quelques-unes ont des passions ardentes. En obéissant à leurs passions, elles éprouvent des joies intenses. La flamme de la vie brille pour elles d'un vif éclat et brûle avec incandescence.

Il est vrai qu'ici-bas tout passe et s'évapore.

Mais n'est-ce donc rien que d'avoir passé des années à caresser un beau rêve ou à savourer les délices des plus voluptueuses réalités ?

Hélas ! les roses ont leurs épines ; les médailles ont leur revers.

Peu de temps après, j'étais appelé chez Madame Labesque pour son dernier enfant, une fillette de six ans, atteinte d'un eczéma impétigineux qui lui couvrait les deux joues et une partie du cuir chevelu.

Après avoir examiné l'enfant et écrit mon ordonnance, la mère, me prenant à part, me dit :

— Docteur, ma fille m'inquiétait, vous m'avez rassurée.

Mais j'ai une cause de chagrin bien plus grande encore (un temps). Mon ami me néglige; il y a quinze jours que je ne l'ai pas vu.

— Il avait sans doute des affaires urgentes.

— Non, Docteur.

— Qu'en savez-vous ?

— Il est allé voir une autre femme.

— ......

— Si encore c'était une femme convenable, je souffrirais moins ; mais c'est une vulgaire chanteuse.

— On vous l'a dit ; c'est sans doute une invention.

— C'est moi-même qui l'ai vu, de mes deux yeux vu, en passant dans la rue des Serruriers.

— En supposant, Madame, qu'il en soit ainsi, vous

3° Quand un accident surviendra par le fait d'une idiosyncrasie, il faudra hardiment proclamer l'innocence du malchanceux praticien auquel l'accident est arrivé ; que personne n'ait la lâcheté de lui jeter la pierre, car, si chaque médecin n'en a pas à son actif, c'est parce qu'on a été servi par le bon hasard. « On ne peut pourtant pas traiter toutes les maladies avec des tisanes » disait M. Brouardel consulté comme expert dans un procès de ce genre ; et d'ailleurs, il y a des natures tellement fragiles qu'il est impossible de déterminer scientifiquement les doses qui ne leur seraient pas nuisibles.

D[r] Paul HUGUENIN.

CLINIQUE OBSTRÉTICALE

Clinique d'accouchements Tarnier.
M. le Professeur BUDIN.

De l'allaitement artificiel.

Malgré ses inconvénients et ses dangers, l'allaitement artificiel constitue, dans quelques cas, une nécessité qu'il faut subir.

Certains médecins ont déclaré que toutes les mères pouvaient nourrir, que toutes avaient du lait et, selon eux, l'agalactie n'existe pas. Je m'élève contre cette opinion exagérée : il est certainement des femmes, en très petit nombre, je l'accorde, chez lesquelles la sécrétion lactée ne s'établit pas dans les mamelles. Pour ces mêmes auteurs, non seulement toutes les mères ont du lait, mais encore elles en ont, 99 fois sur 100, une quantité suffisante. Eh bien! je dirai à propos de ce chiffre ce que j'ai dit à propos de l'agalactie : « Vous trouverez, en dépit des idées théoriques, dans la pratique de l'hôpital et de la ville, plus d'une femme sur 100 dont la sécrétion lactée est trop faible pour suffire à l'allaitement de l'enfant. »

M. Marfan, dont vous connaissez la compétence en pédiatrie, a fait en ville un relevé portant sur 1000 observations. Il a constaté que, dans les 2/3 des cas, les mères pouvaient nourrir totalement leurs enfants. Quant à l'autre tiers, il se subdivise ainsi : dix femmes pour 100 sont absolument incapables de nourrir, même avec un allaitement mixte, et vingt-trois pour 100 doivent ajouter au lait du sein des bouteilles de lait animal. A la clinique Tarnier, M. Roger Mesnil a suivi pendant trois années 3069 femmes et il a vu que, au moment où elles quittaient l'hôpital, 86 p. % étaient des nourrices suffisantes. 10 % pouvaient allaiter à condition de compléter par du lait animal et 4 % n'avaient pas de lait du tout.

Quels sont les motifs qui empêchent les femmes de nourrir ? Signalons, d'abord, les cas rares d'agalactie où la production de lait par la glande mammaire fait défaut. Signalons aussi les anomalies des mamelons, les bouts de sein rentrés qui ne sortent que très difficilement et incomplètement. L'usage des téterelles aspiratrices donne alors du lait pendant quelques jours, puis la sécrétion disparaît.

Chez d'autres femmes, il survient des crevasses, des gerçures, causant des douleurs, des poussées de lymphangite, des abcès, et consécutivement la sécrétion lactée cesse d'une manière temporaire ou définitive. Une grosse difficulté se présente en pareil cas. Si vous continuez l'allaitement, les gerçures s'exagèrent ; si vous pratiquez la compression du sein, le mal s'améliore, mais le lait disparaît. Vous serez obligés de tâtonner, de faire

---

ne voulez pas comparer l'hommage grossier qu'un jeune homme peut rendre à une fille à l'amour qu'il éprouve pour une femme distinguée.

— Vous dites cela, Docteur, pour me faire plaisir ; mais je souffre réellement. Je sais bien qu'à mon âge, notre amour ne peut pas être éternel ; mais j'aurais mieux aimé une autre remplaçante et surtout j'aurais désiré des explications.

..... Et il ne vient pas : — il ne m'aime plus.

En disant ces mots, des larmes brillaient dans ses yeux.

— Consolez-vous, Madame. Il vous aime encore.

En supposant même qu'il soit un peu indifférent, il y a des retours d'amour comme il y a des retours de fortune.

Votre ami s'est peut-être laissé aller à un moment d'entraînement ; qui sait ? il sera peut-être demain à vos genoux.

— J'en aurai le cœur net. Je veux le revoir.

Et elle pleurait à chaudes larmes.

Je lui adressai quelques paroles réconfortantes et je la quittai.

Je restai deux mois sans la voir. L'ayant laissée dans le trouble, dans l'anxiété, dans le chagrin, je tenais à la revoir, à savoir la fin, à connaître l'épilogue de ce roman, dont le prologue m'avait si vivement intéressé.

Je me présentai chez elle. Tout était fermé, porte, persiennes ; la sonnette était brisée. La maison paraissait abandonnée. Je vis le propriétaire, qui me raconta le départ précipité de sa locataire et m'indiqua sa nouvelle adresse.

Je me rendis à l'adresse indiquée. Il n'y avait plus personne.

— Elle est partie pour Paris, me dit une voisine. Elle est restée quelques jours auprès de moi. Elle paraissait en proie à un violent chagrin. Elle ne m'adressa que deux fois la parole. Hier, au moment où je m'y attendais le moins, elle a préparé ses malles. Elle a envoyé son fils chercher une voiture et elle est partie avec ses deux enfants. Je l'avais vue pleurer plusieurs fois pendant son séjour ici. En montant en voiture, elle avait les yeux baignés de larmes.

Ce chagrin s'expliquait.

La malheureuse aimait passionnément. Comme toutes les natures méridionales — elle était de Bordeaux — elle était exaltée dans ses sentiments. Elle avait mis dans ce dernier amour une ardeur effrénée.

Malgré qu'elle s'en défendît, elle croyait à un amour éternel. Se voyant abandonnée, elle s'était laissée aller au désespoir.

A cette heure, ses sens sont calmés, son chagrin a fait place à la résignation. Son amour est sans doute devenu un doux souvenir.

Mais elle a appris, par une triste expérience, que l'amour vient dans les fleurs et s'en va dans les pleurs.

Læta venire Venus, tristis abire solet.

P. COULHON,
Ancien interne
des hôpitaux de Paris.
Montluçon (Allier).

un peu de compression, de supprimer une ou deux tétées sur trois ; malgré tout, plus d'une fois, la sécrétion mammaire se tarira.

Il y a également, du côté de l'enfant, des conditions particulières qui empêchent la succion et l'allaitement au sein. Un nouveau-né atteint de bec-de-lièvre, de perforation palatine, tette difficilement, le vide ne se faisant pas dans sa bouche pour aspirer le lait du sein. Les paralysies faciales permanentes aboutissent à un résultat semblable. Il est, d'ailleurs, certains enfants qui sont incapables de téter sans que l'on sache pourquoi. Vous rencontrerez, enfin, à titre tout à fait exceptionnel, je le veux bien, des nourrissons qui ne digèrent pas le lait de femme. Je me souviens d'un nouveau-né chez lequel trois nourrices, toutes trois excellentes, furent successivement essayées : chaque fois l'enfant eut des accidents d'intolérance. Le lait d'ânesse fut employé sans plus de succès, et seul le lait de vache fut bien toléré. M. Bar a rapporté une observation analogue et il en existe deux ou trois du même genre dans la littérature médicale.

L'allaitement artificiel est donc parfois une nécessité. On ne doit pas oublier, toutefois, que c'est un mode d'allaitement dangereux, comme le prouvent toutes les statistiques et tous les travaux faits sur la question. Chacun, à l'heure actuelle, proclame ce danger.

L'allaitement artificiel se pratique avec du lait animal.

Je ne dirai rien du lait d'ânesse, qui ne se trouve pas partout et dont le prix est trop élevé pour entrer dans l'usage courant. Je ne parlerai pas, non plus, du lait de chèvre, assez difficile à digérer. En réalité, c'est le lait de vache qui, dans l'immense majorité des cas, constitue la base de l'allaitement artificiel.

Comment donne-t-on le lait de vache ?

On a conseillé de le couper avec de l'eau, au début et quelquefois pendant assez longtemps. Il y a dans le lait de vache beaucoup plus de caséine que dans le lait de femme et on a attribué à cette particularité la difficulté de sa digestion. D'où cette conclusion : ajouter au lait un quart, un tiers, moitié eau, pour ramener le pourcentage de caséine à un taux moindre. Il est bon de remarquer toutefois que, dans le lait de vache, la caséine n'est pas le seul élément à considérer, il y a également le beurre et le sucre. L'addition d'eau, dès lors, diminue la proportion de ces produits et le lait devient moins nourrissant. C'est pourquoi certains médecins ont proposé de réduire la quantité de caséine sans ajouter d'eau, d'où la création de laits dits humanisés ou maternisés, dont les résultats ne paraissent pas très satisfaisants.

Personnellement, j'ai conseillé le lait pur, mais j'ai fait une réserve pour les 2 ou 3 premiers mois. Jusqu'au troisième mois, on peut pratiquer le coupage et, après cette date, employer le lait pur.

Comby recommande les proportions suivantes :

Moitié d'eau pendant le premier mois ;
Un tiers d'eau pendant le deuxième mois ;
Un quart d'eau pendant le troisième mois ;
Pur, à partir du quatrième mois.

Marfan donne des chiffres un peu différents :

Moitié d'eau pendant la première semaine ;
Un quart d'eau sucrée à 5 pour 100, de la 2e semaine à la fin du premier mois ;
Lait pur au quatrième mois.

M. Ausset, à la crèche de Saint-Pol-sur-Mer, se sert du lait pur, dès le début.

A côté de la qualité du lait, il faut considérer la quantité. M. Marfan l'indique ainsi :

315 à 630 grammes de lait coupé, du 7 au 30e jour ;
630 à 700 grammes de lait coupé, dans le deuxième mois ;
700 à 840 grammes de lait coupé, dans le troisième mois ;
840 grammes de lait pur, au quatrième mois ;
840 à 875 grammes de lait pur, au cinquième mois ;
900 à 1050 grammes, de lait pur, du 6e au 9e mois.

Pour ce qui me concerne, j'ai été longtemps très hésitant sur ces questions et je suis encore un peu incertain sur plusieurs points. J'ai dirigé l'élevage artificiel de nombre d'enfants et j'ai pu constater combien le sujet était embarrassant. Je crois que les chiffres généralement recommandés par les auteurs sont dangereux et qu'il faut s'en défier. J'ai été frappé un jour par une observation, qui est la suivante : on nous envoie un enfant de 15 à 16 semaines dans un état lamentable, presque mourant, vomissant tout ce qu'on lui donnait. Je lui fis prendre 450 grammes de lait de vache ; il augmenta légèrement puis eut de la diarrhée. Je réduisis de moitié, à 225 grammes sa ration de lait. Avec cette quantité si faible, il reprit néanmoins et son poids passa de 3 à 4 kilogs. J'ai été très intéressé par ce fait, comme je l'avais été en observant des enfants débiles chez lesquels, grâce à de petites quantités de lait, les troubles digestifs disparaissaient et le poids augmentait.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, ce n'est pas l'aliment absorbé qui a de l'importance, c'est l'aliment assimilé, et l'assimilation nécessite un bon état des voies digestives.

Donc, je le répète, une quantité plutôt minime de lait suffit à l'accroissement régulier de l'enfant et offre l'avantage d'améliorer son tube digestif. J'ai fait cette remarque à différentes reprises et j'ai vu la progression normale du poids des nourrissons se produire avec des quantités de lait allant de 400 à 600 et 700 grammes. Par conséquent je ne crois pas que les fortes doses journalières soient nécessaires. On arrive au même résultat avec les petites quantités sans risquer autant de provoquer des troubles digestifs.

Les premiers mois de la vie constituent la grosse difficulté de l'allaitement artificiel. Quelque habile que l'on soit, on n'est jamais sûr d'obtenir un résultat toujours satisfaisant. Vous verrez des nourrissons qui paraissent cependant supporter fort bien le lait de vache faire un jour, sans raison apparente, des accidents. L'élevage artificiel des nouveau-nés fait toujours courir des risques et j'ai déclaré, au Congrès de Bruxelles, que, dans les premiers mois, nous ne savions pas encore élever artificiellement les enfants, avec complète sécurité. Aussi, à cet âge surtout, devons-nous insister de toutes nos forces pour faire adopter l'allaitement au sein. Plus tard, à partir du troisième mois, l'allaitement artificiel devient beaucoup plus facile, le tube digestif supportant mieux le lait animal,

Il est deux écueils qu'il convient d'éviter : ne pas donner assez ou donner trop de lait.

On a rarement à s'occuper du premier écueil. La tendance générale n'est pas de donner une quantité trop faible mais une quantité trop forte. J'ai cherché longtemps quelles étaient les doses de lait de vache nécessaires et suffisantes à l'alimentation des nourrissons et je suis arrivé à cette conclusion : compter 100 grammes de lait par kilogramme pour les enfants de 4 à 6 kilog. et au-delà. Nous réglons les quantités de la manière suivante : un enfant de 5 kilog. prend 500 grammes de lait ; s'il reste stationnaire ou s'il diminue sans motif apparent, nous augmentons la somme de lait ; s'il s'accroît, au contraire, régulièrement, nous n'élevons le lait qu'en tenant compte de la proportion, 100 grammes par kilog. qui nous sert de guide. Bien entendu, le lait en question est du lait *pur*, contenant 38 à 40 grammes de beurre par litre et dont l'analyse a été faite.

Comment expliquer qu'avec ces quantités *a priori* si petites de lait, les enfants s'élèvent bien ? Vous savez que l'adulte a une ration alimentaire uniquement d'entretien ; il n'a, en effet, qu'à se maintenir à son poids, à lutter contre le froid extérieur et à produire la force qu'il dépense. Si vous prenez un adulte de 70 kilogr., il lui faut environ 3 litres de lait pour satisfaire à cette ration d'entretien. J'ai connu, même, un médecin qui vivait et exerçait sa profession depuis 10 ans en prenant seulement 2 litres 1/2 à 3 litres de lait par jour. Un haut fonctionnaire d'un de nos ministères, mort aujourd'hui, a vécu longtemps, tout en satisfaisant à des travaux pénibles et absorbants, avec 2 litres 1/2 de lait par jour.

Prenez, dès lors, un enfant de 7 kilogr. auquel nous donnons 700 gr. de lait. Pour un poids de 70 kilogrs, cela ferait 7 litres de lait, plus du double des doses normales par conséquent.

Les conditions de l'enfance, il est vrai, sont différentes de celles de l'adulte. L'enfant a besoin d'une ration d'entretien et d'une ration d'accroissement. En outre, il est obligé de lutter contre l'air extérieur d'autant plus que sa surface extérieure est comparativement plus grande. Il doit produire, pour se maintenir à sa température normale, relativement plus de calories que l'adulte, puisque sa surface cutanée est relativement plus considérable. De là l'explication de ce fait qu'un nourrisson de 7 kilogr. doit prendre 700 grammes de lait.

Lorsque les enfants sont trop alimentés, ils peuvent avoir de la diarrhée. Celle-ci tient à deux causes, la mauvaise qualité ou l'excès d'aliment. M. Morel, de Toulouse, dans des expériences soigneuses, a démontré la réalité des diarrhées de suralimentation. Il prit des cobayes et des hérissons et les mit dans une pièce à température constamment maintenue à 10 degrés. Il donna aux premiers des graines, aux seconds de la viande en quantités déterminées pour que le poids des animaux demeure stationnaire, établissant ainsi leur ration d'entretien. Puis, ceci établi, il augmenta leur alimentation tout en maintenant au même degré la température de la pièce où ils vivaient : très rapidement ils eurent de la diarrhée ; celle ci cessa, une fois les animaux ramenés à la ration normale. Cette première expérience démontre donc qu'une alimentation excessive provoque des troubles intestinaux. M. Morel, poussant plus loin son étude, montra que ces mêmes accidents peuvent être créés d'une manière indirecte. Sans rien changer à la nourriture des cobayes et des hérissons, il éleva de 10 à 25 et 30 degrés la température de la salle où ils vivaient. Les animaux, n'ayant plus à lutter autant contre le froid, se trouvèrent indirectement suralimentés et prirent de la diarrhée. M. Morel en a tiré des conclusions intéressantes pour la prophylaxie de la diarrhée des pays chauds : on doit, dit-il, diminuer sa ration alimentaire selon la progression de la température. Or, la même chose se passe pour les enfants dont les diarrhées estivales peuvent relever d'un excès alimentaire. Ainsi, fait singulier, nous avons souvent remarqué que, chez nos allaités artificiellement, les diarrhées d été étaient moins fréquentes que chez les enfants au sein. Supposons un nourrisson de 6 kilogr., auquel nous donnons 600 gr. de lait. Les chaleurs arrivent, il prend toujours ses 600 gr. et, son poids augmentant, allant à 6 kg. 600, 6 kg. 800, cet enfant n'est pas suralimenté. Tant qu'il s'accroît régulièrement, nous le maintenons à ces 600 grammes.

N'oubliez pas cependant que, malgré de telles précautions, l'allaitement artificiel vous créera souvent des ennuis. Nous devons l'employer le moins possible, tout en tenant compte des cas encore nombreux où il faut l'admettre et le tolérer. Il est facile de dire : « Le lait de la mère appartient à son enfant, la mère ne doit pas trafiquer de son lait », ces principes sont-ils toujours pratiquement applicables ? La femme pauvre nous répond : « Mais, je ne demande pas mieux que d'allaiter mon enfant, toutefois je dois me nourrir, me loger d'abord. »

Il n'en est pas moins vrai que nous devons encourager de toutes nos forces l'allaitement au sein maternel. L'état social est susceptible à ce point de vue de sérieuses améliorations et il est des philanthropes qui ont déjà eu à ce sujet de généreuses initiatives.

Du côté de l'Etat, il faut espérer aussi un progrès. Le Ministre des finances, pour les manufactures des tabacs qui emploient des femmes, le sous-secrétaire d'Etat aux postes et télégraphes de son côté, s'occupent de la question. Il est à espérer que le jour est proche où toute mère voulant nourrir son enfant pourra le faire et sera sans excuse si elle ne le fait pas.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'exercice illégal de la médecine et la réclame charlatanesque.

La Pédiatrie pratique publie, dans son dernier numéro, un rapport très étudié de nos confrères et amis de Lille sur l'une des questions qui tiendront le plus de place dans les discussions du Congrès d'exercice illégal qui se prépare pour l'année prochaine. Nous n'eussions pas manqué de reproduire ce très intéressant travail, mais M. le Pr Ausset d'une part, et, d'autre part, M. le Dr Lavassort, secrétaire général du Congrès, nous pressent si aimablement et enter-

mes si flatteurs de le mettre au plus tôt sous les yeux de tous les praticiens que nous lui donnons dès aujourd'hui huit belles colonnes, et nous déclarons prêts à en consacrer d'autres aux observations qu'il pourrait suggérer.

Rapport sur les moyens de combattre l'exercice illégal de la médecine

qui se fait sous le couvert d'annonces médico-pharmaceutiques.

Présenté au nom d'une Commission composée de : M. le docteur NOQUET, M. le docteur RICHARD-LESAY et M. le docteur H. FOLET, rapporteur, à l'Assemblée générale de l'Association des Médecins du Nord, tenue à Avesnes, le 3 juillet 1904.

Messieurs et chers Confrères,

L'exagération grandissante de certaines réclames pharmaceutiques est, en même temps qu'un sérieux danger pour la santé publique, une des causes de la crise que traverse la profession médicale. Je ne veux point parler de la publicité acceptable donnée, dans les journaux médicaux plus que dans les journaux politiques, à certaines préparations médicamenteuses, mais bien des réclames éhontées s'étalant quotidiennement au verso des journaux politiques en faveur de panacées merveilleuses : Pilules X..., guérissant infailliblement « anémie, chlorose, neurasthénie, rhumatisme, dyspepsie » ; j'en passe. — Tisane dépurative Z..., non moins triomphante contre « les vices du sang, dartres, eczémas, ulcères, etc. ». — Médecine végéto-électrique, ou électro-végétale, dissolvant en quelques semaines les tumeurs les plus rebelles, les cancers les plus désespérés. — Le tout avec certificats légalisés et photographies de malades guéris, à l'appui d'un boniment où se mêlent adroitement les préjugés populaires qu'il faut respecter pour en tirer parti, et de vagues notions scientifiques au goût du jour.

Ces boniments sont, ai-je dit, facteurs du krach médical, beaucoup plus, assurément, que l'encombrement de la profession, lequel me paraît être, au moins pour certaines localités, une conception un peu *a priori*. Je possède, par exemple, des documents précis sur le nombre des praticiens exerçant à Paris et à Lille au temps de la Restauration. Or j'ai constaté (à ma vive surprise, je l'avoue), que la population médicale s'est depuis lors accrue à Lille, exactement en proportion de l'augmentation de la population urbaine ; et, à Paris, la proportionnalité est un peu inférieure. Je reviendrai prochainement sur ce sujet dans un article concernant les choses médicales d'il y a 80 ans que publiera bientôt l'*Echo Médical du Nord* (1).

Les vraies causes de la crise professionnelle sont d'ailleurs très multiples et très variées. Il y a d'abord les progrès réels de l'hygiène publique et privée, et toutes les mesures de prophylaxie qui diminuent le nombre absolu des cas de maladie ; l'exploitation du médecin par les sociétés de secours mutuels toujours croissantes ; la tendance des malades à se faire soigner dans les hôpitaux et dans les cliniques privées semi-gratuites ; peut-être l'abus de la spécialisation qui enlève au médecin ordinaire beaucoup de cas qu'il soignait jadis ; enfin et surtout les innombrables réclames médico-pharmaceutiques habituant les gens, par mesure d'économie et pour se passer d'une consultation de médecin, à aller directement acheter la panacée qu'ils ont lu être le remède infaillible des symptômes dont ils souffrent, vaguement décrits dans leur journal.

Des progrès de l'hygiène nous n'avons pas à nous

(1) N. D. L. R. — Nous souhaiterions vivement pouvoir nous solidariser avec notre confrère dans cette affirmation, mais les chiffres ne nous le permettent vraiment pas, du moins en ce qui concerne les chiffres globaux, et par comparaison avec d'autres époques que la Restauration.

plaindre et nous ne nous plaignons pas. Mais de nos autres causes de ruine nous avons certes le droit de nous garer. Il nous est parfaitement licite de combattre cette réclame impudente que nous sommes chargés d'étudier spécialement en ce rapport.

Beaucoup de personnes du monde, même très intelligentes, ne voient là-dedans qu'une simple exploitation de la crédulité humaine. *Vulgus vult decipi. Decipiatur.* Cela ne fait tort qu'à la bourse. C'est que l'on n'aperçoit pas, derrière le nombre immense des simples dupes auxquelles ces médications mirifiques n'ont porté d'autre préjudice que de n'avoir aucun résultat, le chiffre considérable des malades auxquels elles ont positivement fait grand mal. Mais ceux-là se taisent ou meurent et les lecteurs des réclames n'en savent rien. Que j'en ai vu d'exemples dans ma pratique personnelle ! Appendicites réveillées par des pilules drastiques ; lésions utérines devenues promptement inopérables parce que la malade, au lieu de se soumettre d'emblée au traitement rationnel, a voulu tâter d'abord d'un dépuratif célèbre ; tumeur à marche lente et à récidive espacée, que des soins intelligents eussent prolongée de plusieurs années et qu'une électrolyse insensée surexcite au point d'achever la pauvre patiente en 3 mois au milieu d'horribles douleurs. Et tout médecin pourrait, comme moi, vous apporter des faits analogues.

Inutile d'insister devant vous sur les méfaits graves de la réclame des médicaments secrets. On ne se douterait guère qu'elle est interdite par la loi, — une loi centenaire à la vérité, — la loi de germinal an XI qui régit encore à cette heure l'exercice de la pharmacie et dont l'article 36 est ainsi conçu :

« Tout débit au poids médicinal, toute distribution de drogues et préparations médicinales sur « des théâtres ou étalages, dans les places publiques, foires et marchés ; *toute annonce et affiche* « *imprimée qui annoncerait des remèdes secrets sous* « *quelque dénomination qu'ils soient présentés*, sont SÉVÈREMENT PROHIBÉS. Les individus qui se rendraient coupables de ce délit seront poursuivis « par mesure de police correctionnelle et punis conformément à l'article 83 du code des délits et des « peines. »

Chose singulière : cet article 83, auquel on renvoie, n'a aucun rapport avec la matière qui nous occupe et n'exprime pas même une pénalité. C'est une des erreurs du Code. Il a fallu y suppléer par la loi du 29 pluviose an XIII, qui prononce une amende de 25 à 500 fr., et, en cas de récidive, une détention de 3 à 10 jours.

Au surplus, article 36 ou article 83, loi de pluviose ou loi de germinal, tout cela se vaut, attendu que rien de tout cela n'est appliqué depuis trois quarts de siècle et que les parquets comme les tribunaux veulent absolument ignorer ces dispositions légales, aussi archaïques qu'un édit de Louis XIV ou de Henri IV. En fait de répression, il faut absolument trouver autre chose (1).

En quelle autre catégorie de délits généraux pourrait donc bien rentrer la néfaste réclame que nous dénonçons ? M. JACQUEY, professeur à la Faculté de droit de Lille, a naguère, dans un article très documenté (2), étudié cette question que nous résumons brièvement d'après lui.

— Pourrait-on y voir une escroquerie ? Pour qu'il y ait escroquerie constituant un délit pénal, il faut la réunion de certaines conditions et particulièrement des manœuvres frauduleuses. Sans cela, l'annonce charlatanesque ne constitue pas une escroquerie. « Le charlatanisme des annonces, disait déjà DALLOZ en 1851 (il y a un demi-siècle), aujourd'hui d'un si fréquent usage, est un fait affligeant au point de vue moral, mais que le ministère public s'abstient avec raison de poursuivre, laissant au bon

(1) Pourquoi ?
(2) *Echo Médical du Nord*, 10 avril 1903.

sens public le soin d'en faire justice. » On sait comment le bon sens public a rempli cette fonction.

— Pourrait-on y voir une tromperie sur la nature de la marchandise ? Mais il n'y a pas tromperie (1). On met en vente un remède secret, l'acheteur le prend comme tel. Et de fait les recueils de jurisprudence ne mentionnent aucune condamnation de ce chef.

Pourrait-on y voir un exercice illégal de la médecine ? C'est de ce côté qu'il y aurait le plus de chance de succès. Car, dans la vente continue d'une drogue que l'on annonce comme devant rétablir la santé de celui qui l'achète, il y a acte tendant à la guérison ou à l'atténuation d'une maladie, c'est-à-dire *traitement*, au sens que la jurisprudence attache à ce mot ; il y a donc *office de médecin* et *habitude*, deux éléments que les tribunaux exigent d'ordinaire pour constituer l'exercice illégal.

De plus, la loi du 30 novembre 1892 considère que l'exercice illégal lèse les droits du médecin en général ; et l'article 17 de cette loi accorde le droit de poursuite à tout médecin ou syndicat professionnel régulièrement constitué. Nous ne savons si un syndicat a déjà usé de ce droit pour poursuivre un empirique ; mais à coup sûr aucun n'a attaqué un vendeur de pilules pour exercice illégal.

Si on attaquait, aurait-on quelque chance de succès, tant au point de vue pénal qu'au point de vue civil ? M. Jacquet n'y croit guère, et ses conclusions à cet égard sont assez décourageantes. Peut-être ne serait-il pas mauvais qu'une association bien posée et puissante, comme l'*Association des médecins de France*, intentât un procès de ce genre à titre d'essai. Cela obligerait les magistrats à s'occuper de cette question sur laquelle ils n'ont évidemment jamais arrêté leur attention.

Quoi qu'il en soit, c'est sur cette interprétation seulement que l'on peut baser quelque espérance. La *Société de médecine légale* a institué une commission chargée d'étudier le problème (2). Un Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine doit, paraît-il, se réunir au printemps prochain. C'est dans ce sens qu'il faut diriger les efforts. En notre temps de publicité débordante, ne nous attendons pas à ce que la loi interdise formellement l'annonce de tout un genre de produits. On a pu le tenter en germinal an XI, et se figurer que l'interdiction serait efficace. On était en 1803 ; Napoléon perçait sous Bonaparte et les rares journaux existants étaient, eux et leurs maigres annonces, à la discrétion absolue du gouvernement. Aussi le Préfet de police pouvait-il écrire le 1er février 1803 aux rédacteurs des feuilles parisiennes la circulaire suivante, tout récemment exhumée, dont le ton autoritaire ne vous échappera point :

« Je m'aperçois chaque jour davantage, citoyens, que des individus qui n'ont aucun titre légal pour exercer la médecine et la pharmacie font annoncer dans les journaux des médicaments et des compositions dont l'efficacité n'est nullement garantie. Comme la santé des citoyens pourrait être compromise par l'usage de ces remèdes, *je vous recommande de n'en insérer dorénavant les annonces dans votre journal qu'autant qu'elles auront été revêtues de mon approbation.* Je compte sur toute votre exactitude à vous conformer à cette mesure. »

Les temps sont changés depuis un siècle ; et même la loi de germinal est de très bonne heure tombée en désuétude. Une prohibition analogue, qui aurait contre elle toute la Presse, ne sera jamais votée. Fût-elle votée par impossible, on ne l'appliquerait pas plus que l'ancienne. Essayât-on de l'appliquer, on la tournerait facilement. L'annonce à domicile, affranchie sous bande à un centime, inonderait les boîtes aux lettres de tous les Français. Cela ne coûterait pas beaucoup plus cher que la publicité des grands journaux.

(1) Il y a tromperie quand la guérison est promise comme certaine.

(2) *Société de médecine légale de Paris.* Séance du 14 mars 1904.

Donc, tout ce que l'on pourra peut-être obtenir du Parlement sera l'assimilation formelle des réclames, de remèdes-panacées à l'exercice illégal ; et encore ! Cette assimilation jointe à quelques règlements municipaux appliqués par des maires intelligents tels que notre confrère Augagneur, maire de Lyon, qui interdit les annonces de remèdes dans les urinoirs; voilà, je pense, le maximum des moyens légaux ou administratifs que nous aurions le vague espoir d'arracher aux pouvoirs publics.

Vous allez me trouver bien pessimiste, mes chers confrères ; mais vraiment, à examiner de sang-froid les choses, sans chercher à se faire illusion, je suis certain de l'inefficacité des lois et règlements existants ; je désire, mais je doute que des lois et règlements nouveaux, si nous obtenons qu'on en fasse, soient beaucoup plus efficaces que les anciens. Voilà la situation.

* * *

Alors *quid* ? Faut-il se croiser les bras et se résigner à l'inévitable ? Puisque nous ne pouvons compter sur l'aide de l'État, n'y aurait-il pas un moyen, fût-il difficile et aléatoire, de nous aider nous-mêmes ?

Voulez-vous me permettre de vous présenter à ce sujet, Messieurs, quelques réflexions personnelles, plutôt théoriques que pratiques, il est vrai, mais qui m'obsèdent depuis longtemps, et que je voudrais vous soumettre ?

On m'accusera sans doute d'être en proie à une idée fixe, de poursuivre obstinément une marotte ; mais je ne puis m'empêcher de croire qu'ici, comme dans la lutte antialcoolique, la Réclame est une arme qui, bien maniée, pourrait, à l'instar de la légendaire lance d'Achille, soulager les blessures qu'elle fait.

Vous souvenez-vous qu'il y a 18 mois, à la fin de janvier 1903, des affiches blanches furent placardées dans Paris portant ce titre en gros caractères : L'Alcoolisme et ses dangers. C'était un procès-verbal d'une séance du Conseil d'Assistance publique, signé du Directeur de l'Assistance, M. Mesureur, et contre-signé du Préfet de la Seine, M. de Selve. Vous rappelez-vous l'effet ? Un coup de pied dans une fourmilière. Le syndicat des marchands de vin, après avoir lancé un contre-placard plutôt faible, annonça qu'il allait attraper les signataires et l'imprimeur de l'affiche et leur demander noblement le franc classique de dommages-intérêts... Après quoi il se terra piteusement et ne souffla plus mot.

Malheureusement, on s'en tint là. On ne poursuivit pas l'ennemi en déroute. Les décisions de l'Académie de Médecine « *sur les liqueurs à essences, doublement dangereuses et méritant toutes d'être proscrites* », qui auraient dû être placardées partout, ne sont guère sorties des colonnes des journaux de médecine. Cependant, l'initiative privée a agi dans ce sens. Moi, chétif, dans mon milieu restreint, j'ai préconisé et appliqué la réclame antialcoolique par des moyens variés : affiches polychromes et illustrées, charrettes-annonces, placards dans les tramways, rideaux-réclames des théâtres ; étiquettes gommées ; distributions de petits papiers dans les rues, etc. Et, si vous avez assisté au Congrès et à l'Exposition antialcooliques de Paris en octobre dernier, vous aurez été frappés de voir que l'idée a été appliquée de mille façons, ingénieusement variées, dans tous les coins de la France.

Il n'est pas facile de doser exactement l'effet produit par une action de ce genre ; mais soyez sûrs qu'elle a produit quelques effets. Non pas encore dans la classe ouvrière : il faut longtemps pour pénétrer les couches profondes, et là nous n'arriverons à un résultat que par l'École, en agissant sur les générations futures. Mais dans la classe moyenne, vous commencez à rencontrer des gens qui ne ricanent plus quand vous leur parlez de l'alcool poison, qui sont à peu près convaincus de la nocivité des apéritifs. J'en connais personnellement plusieurs qui y ont renoncé. Il faut certainement con-

tinuer l'effort, car déjà on entrevoit quelques symptômes encourageants.

C'est dans cette classe de bourgeois moyens et petits que les réclames des panacées recrutent leur clientèle. L'Antiréclame aurait chance de mordre sur elle. Songez que, depuis des années, par la quatrième page des journaux de toute opinion, les plus stupides boniments sont tous les jours bruyamment trompettés aux oreilles du public. Pas une voix ne s'élève pour contredire ces inepties. Et l'on s'étonne que les dits boniments aient prise sur les âmes simples ! C'est le contraire qui serait surprenant.

Eh bien ! faisons une supposition. Imaginez que, par la quatrième page des journaux où flamboient les réclames des panacées universelles, ou, si ces journaux refusaient l'insertion, par voie d'affiches murales frappant l'œil, on oblige les bons badauds qui forment la clientèle de ces produits-là à lire un avis ainsi conçu ou à peu près :

Appel au bon sens. — *Le public est invité à se méfier des propriétés merveilleuses que les réclames chèrement payées des journaux prêtent à certains médicaments qui sont censés guérir infailliblement les maladies les plus diverses. La plus simple réflexion indique qu'un même remède ne peut convenir à tous les cas. On montre au public des photographies et des certificats de malades guéris. En admettant même que ces documents soient authentiques et désintéressés, le public ne connaît pas les très nombreux acheteurs crédules que ces panacées n'ont pas guéris ou dont elles ont aggravé l'état. Tous les médecins pourraient citer des exemples de cette sorte.*

Cet avis pourrait être anonyme ; il n'en serait peut être que plus suggestionnant. Il pourrait-être signé de quelques noms universellement connus, professeurs, membres de l'Académie de Médecine et aussi, dans chaque région, de noms de médecins locaux d'une notoriété et d'une honorabilité incontestables ; mais ceci est un détail. Supposez donc que cet affichage soit largement et intelligemment fait. Ne pensez-vous pas qu'il produirait, dans le monde des Pilules Z... ou de la Tisane X..., un désarroi pareil à celui qu'a produit chez les débitants de boissons le placard Mesureur-de Selves. Et cette stratégie, persévéramment continuée de façon ingénieuse et variée, ne pourrait-elle donner des résultats efficaces ?

Oh ! je ne méconnais pas les difficultés d'application pratique de cette méthode que je vous soumets, à titre de concept un peu chimérique peut-être, dont la réalisation est souhaitable mais malaisée. Pour introduire la moindre chose dans la cervelle de M. Tout-le-Monde, il faut, sous une forme simple et frappante, la glisser à toute heure, en tout lieu, à toute occasion, sous l'œil des gens de tout âge, de tout sexe, de toute condition sociale ; de façon à ce qu'un citoyen ne puisse sortir dans la rue, monter en omnibus, ouvrir un journal, sans que l'idée que l'on veut lui inculquer se présente à son esprit. Ce qu'il faut, ce n'est pas seulement la simple publicité, voire la publicité abondante et large, mais une publicité spéciale, multiforme, outrancière, obsédante. En un mot, c'est la Réclame.

Or la réclame coûte très cher : et il n'en est point ici comme de la réclame commerciale, on ne rentre pas dans son argent. L'opposition des journaux, qui ont des traités de publicité avec les annonciers de remèdes secrets comme avec les marchands d'apéritifs, et qui refuseraient vraisemblablement les antiréclames, obligerait à recourir à l'affiche murale sans cesse déchirée, à renouveler, et à des distributions d'imprimés sur les voies publiques ; tous modes de publicité dispendieux, pas plus coûteux toutefois que la quatrième page des grands journaux. La cherté, voilà l'énorme, le capital défaut de l'Antiréclame.

Cependant si nous n'avons pas les moyens de nous payer une publicité très intensive, ne pourrait-on faire une tentative sur une échelle modeste ?

Tenez, il est un mal dont une comédie de Brieux a popularisé la notion sous l'euphémisme d'*avarie* ; et entre médecins nous pouvons lui donner son vrai nom, c'est la syphilis. C'est dans les urinoirs que s'épanouissent spécialement les réclames promettant aux avariés guérison complète et rapide par des méthodes inédites. Et les charlatans de pissotière, après avoir superficiellement blanchi les symptômes présentés par leurs malades, leur affirment qu'ils sont radicalement guéris et ne leur interdisent pas le mariage : d'où les conséquences fatales ; contamination de la femme et procréation de déplorables rejetons. La pièce de Brieux, mais nous l'avons tous vue se jouer dans la réalité. Et il est une autre avarie, non moins fertile en résultats déplorables, et pour les malades et au point de vue de la dépopulation, je veux parler de la blennorrhagie. La moitié des ovaro-salpingites qui aboutissent à la castration féminine reconnaissent pour cause la blennorrhagie du mari.

Figurez-vous, pour continuer ma supposition de tout à l'heure, que, dans les urinoirs on placarde quelque chose comme ceci :

« Les maladies vénériennes mal soignées amè-
« nent des complications graves, immédiates ou loin-
« taines.

« Les victimes de ces maux ne sont pas seule ment
« les personnes qui s'y exposent volontairement.
« Les plus honnêtes femmes peuvent être contami-
« nées. Les tares syphilitiques se transmettent aux
« enfants.

« Les maladies vénériennes ne se guérissent pas
« aussi vite et aussi aisément que le prétendent les
« boniments des charlatans, tous soi-disant posses-
« seurs d'une méthode personnelle et infaillible. Il
« importe de se faire soigner sérieusement de ces
« maladies, parfaitement curables d'ailleurs ».

Ne croyez-vous pas que cet avis diminuerait un peu la clientèle des médicastres d'urinoirs ?

Je n'ignore pas que les villes afferment cette publicité nauséabonde des urinoirs et en tirent des revenus. Là les fermiers d'annonces n'admettraient pas l'apposition de nos placards. Mais, je m'en suis enquis, tous les urinoirs municipaux ne sont pas affermés. Il en est à Lille qui, si nous le demandions, admettraient nos affiches. Pour les autres, nous aurions la ressource des petites étiquettes gommées qu'il est facile de coller incognito.

Voulez-vous, mes chers confrères, essayer d'amorcer l'action de l'Antiréclame ? Voulez vous que nous fassions imprimer et timbrer quelques centaines d'affiches et fabriquer quelques milliers d'étiquettes du type de celles que je viens de dire : ou de telle autre rédaction que vous voudrez, car je ne tiens pas à mon texte et je fais bon marché de ma prose. Il faut seulement que la rédaction soit très générale et ne vise aucune spécialité en particulier. Cela ne nous coûterait pas plus de 3 ou 400 francs. Nous donnerions ces imprimés à ceux qui en demanderaient et se chargeraient de les faire placarder. Plusieurs d'entre nous sont maires de leurs communes et leur assigneraient des endroits d'affichage où ils auraient chance de n'être pas lacérés : ou bien ils obtiendraient cela de leurs maires. Peut-être aurions nous la collaboration de beaucoup de pharmaciens qui jugent comme nous les méfaits individuels et sociaux des remèdes secrets, et qui de plus gagnent, on le sait, fort peu de chose sur la vente de ces spécialités malsaines. J'ai vingt fois entendu des pharmaciens se plaindre de n'avoir plus à exécuter que de rares prescriptions magistrales, et de ne débiter que des spécialités sur lesquelles ils perçoivent un tant pour cent dérisoire ; peut-être ceux-là apposeraient-ils nos antiréclames dans leurs officines.

Certes, je ne garantis pas le succès. Mais ce serait là une tentative originale et honorable. Qui sait si nous ne susciterions pas des imitateurs, si notre exemple ne déciderait pas l'*Association des Médecins de France*, — laquelle, à mon avis, se confine un peu trop dans ses très louables fonctions de

bienfaisance, et qui serait pourtant bien placée pour prendre en mains une telle entreprise, — si nous ne la déciderions pas, dis-je, à élargir cette idée et à généraliser notre initiative. On pourrait même le lui demander par un vœu formel : et cela ne serait pas inutile à la réussite, car dans l'état actuel (bon ou mauvais, c'est discutable, mais existant en fait), dans l'état de centralisation où évolue la vie française, il est indispensable qu'un système fonctionne à Paris, soit adopté par Paris, pour avoir chance de rayonner et de s'étendre à tout le pays.

Ce puissant et formidable instrument de la Réclame, il n'y a que des forbans de la profession qui en jouent. Si les médecins honnêtes essayaient un peu de faire comme eux, pour le bien des malades et l'utilité de la corporation médicale !

Dr H. Folet.

Nous avons tenu, dit M. le Dr Ausset dans la *Pédiatrie pratique*, à reproduire *in extenso* le remarquable rapport de M. Folet parce qu'il nous paraît contenir une idée que tous les médecins devraient adopter.

Mieux que cela, je dis que *tous* les journaux de médecine devraient insérer ce rapport comme l'*Echo Médical du Nord* l'a fait le premier. Nous pourrions bien nous engager, chaque administration de journal, à faire faire à nos frais, un tiré à part de 4 à 5000 exemplaires. Ces tirés à part, qui arriveraient ainsi à plusieurs centaines de mille, seraient centralisés puis répandus à profusion dans le public. Rien que la lecture de ce rapport suffirait déjà à faire comprendre au public les dangers qu'il court en s'adressant à toutes ces réclames charlatanesques. L'Association des médecins de France se confine un peu trop, comme le dit M. Folet, dans son Œuvre de Bienfaisance ; il nous faut un peu plus de solidarité et moins de charité ; il est temps que l'Association s'intéresse plus directement aux questions d'*intérêt professionnel*. D'autre part, il nous paraît que la grande voix de notre excellent confrère, le *Concours Médical*, devrait se joindre à tous dans cette campagne et que le « Sou Médical » trouverait ici une occasion excellente de défendre *en bloc* notre profession.

Quoi qu'il en soit, si l'idée agrée à M. Folet et à nos autres confrères, nous sommes prêts à faire faire nos tirés à part. Pourquoi ne créerait-on pas une sorte de commission nationale de la Presse Médicale destinée à s'occuper spécialement de cette réclame anticharlatanesque ?

D. Ausset.

C'est un projet qu'exposent en ce rapport nos confrères de Lille, projet en faveur duquel ils réclament notre appui.

Eh bien ! non contents de leur apporter une promesse, qui pourrait être banale, nous nous empressons d'y joindre l'exemple d'un fait accompli. Cela parle toujours, les bons exemples, et voilà pourquoi il importe de les signaler.

Donc l'idée suggérée par M le Dr Folet, d'organiser la contre-réclame, vient d'être réalisée de la plus heureuse façon par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France sous le patronage de toutes les Sociétés d'Odontologie. Par les soins de ces groupements, il a été tiré et distribué des milliers d'exemplaires d'une plaquette dont nous reproduisons les premières et les dernières lignes ; les pages du milieu étant consacrées à l'exposé succinct de ce que l'on peut dire, au point de vue technique, au gros public que cela intéresse, sera facilement deviné par nos lecteurs et n'a pas besoin d'être publié ici.

Voici ce document.

CONTRE-RÉCLAME

Conseils aux Familles sur les soins usuels de la bouche et des dents (1).

Publié par le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, sous le patronage de la Fédération Dentaire Nationale, l'Ecole Dentaire de Paris, et l'Ecole Odontotechnique, l'Ecole Dentaire de Lyon, la Société Odontologique, l'Association des Dentistes du Rhône et de la Région, la Société des Dentistes du Sud-Ouest, l'Association générale des Dentistes du Sud-Est de la France, le Syndicat des Dentistes du Nord-Ouest de la France, l'Association odontologique de Bordeaux, l'Association amicale des Dentistes et des Mécaniciens-Dentistes de Brest, le Syndicat des Dentistes du Nord et du Pas-de-Calais.

I

NOTRE PROGRAMME.

« Encore une réclame ! » allez-vous dire, ami lecteur, en ouvrant cette brochure et une moue dédaigneuse se dessine déjà sur vos lèvres. Quelques secondes encore et ces pauvres pages vont rouler dans les oubliettes profondes de votre panier à papier.

De grâce, différez votre jugement car votre erreur est grande... Ne condamnez pas sans entendre et ne sacrifiez pas à votre juste courroux contre la réclame, votre fidèle alliée, l'innocente et modeste **Contre Réclame** que nous osons vous présenter.

Hélas ! oui, le mal est tellement grand que nous sommes obligés d'employer ce remède.

Vous n'ignorez pas que la **profession dentaire** est, parmi toutes les professions libérales, une des plus envahies par les réclames et les procédés charlatanesques. Ouvrez un journal, montez en omnibus faites deux pas dans la rue et vous apprendrez de suite que la liqueur odontologique de M. Chose vous garantira des maux de dents présents et futurs; que le docteur américain Untel vous enlèvera les dents en musique et sans douleur aucune; que l'institut Trois-Etoiles vous remplacera ces mêmes dents sans plaques, ni crochets, ni ressorts, ni appareils d'aucune sorte ; et c'est tout juste si la Société Dentaire Machin ne vous promet pas de faire repousser, par correspondance, vos dents tombées depuis de longues années.

Cette profusion de réclames mensongères est intolérable.

Elle induit le malade en erreur et le fait tomber entre les mains d'aventuriers dont les manœuvres éhontées n'ont d'autre but que l'extorsion du plus grand nombre de gros sous possible au client qui a eu la... simplicité de les honorer de sa confiance. Ce dernier ne se tire de leurs griffes qu'aux dépens de sa santé souvent, et de sa poche toujours.

De plus, le discrédit, jeté sur la profession dentaire par ces charlatans rejaillit sur le dentiste sérieux qui, certain de son savoir, demande à un travail consciencieux la juste rémunération de ses efforts

Les **Sociétés Dentaires Françaises** émues des plaintes nombreuses de leurs adhérents, ont décidé de lutter contre cette réclame envahissante. Elles ont jugé que la meilleure façon de mettre le public en garde contre les fallacieuses promesses des imposteurs était de lui inculquer quelques notions de cette science qu'on veut entourer d'une auréole mystérieuse, de lui apprendre quelles sont les opérations couramment pratiquées en chirurgie dentaire,

(1) Aux bureaux du *Bulletin* du *Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France*, 138, boulevard Haussmann, Paris (8e). Prix : 0 fr. 25

de lui faire voir enfin ce qui peut être fait et ce qui ne peut pas être fait en art dentaire en l'etat actuel de nos connaissances.

C'est le but que nous cherchons à obtenir par cette publication.

Cette brochure n'est donc pas une réclame, elle ne renferme ni adresse de dentiste, ni adresse d'Institut quel qu'il soit. C'est un acte de défense de l'immense majorité des chirurgiens-dentistes français contre les entreprises charlatanesques de quelques professionnels peu consciencieux qui, semblables à des brebis galeuses, jettent un discrédit immérité sur la totalité du troupeau.

Ici les auteurs donnent en quelques mots l'anatomie des dents, des principes d'hygiène dentaire et buccale, un aperçu de la carie et de son traitement, de l'extraction des dents et de la prothèse. Chemin faisant, ils signalent les trucs charlatanesques le plus en usage pour détourner les gogos du cabinet du dentiste consciencieux. Et la brochure se termine ainsi :

Nous venons, ami lecteur, de passer en revue d'une façon succincte les procédés de traitement et de prothèse utilisés à l'heure actuelle en art dentaire.

Ces procédés sont les seuls enseignés par les écoles dentaires françaises et étrangères ; ce sont les seuls mis en pratique par les dentistes du monde entier.

Il ne faut donc avoir aucune confiance dans le dire des industriels qui, dans un but de lucre, se prétendent possesseurs de procédés aussi merveilleux que secrets.

Dans le cours de notre étude nous avons réfuté, chaque fois que l'occasion s'en est présentée, les fallacieuses réclames que vous connaissez tous. Mais, il est encore d'autres vieux clichés sur lesquels il est utile d'appeler rapidement l'attention, car nous les voyons répétés dans les prospectus charlatanesques qu'on nous distribue au coin des rues.

C'est d'abord la conservation de toutes les dents et racines même les plus cariées, affirmation le plus souvent mensongère et qui, lorsqu'elle est exacte, envisage seulement des opérations qui pourraient être exécutées par n'importe quel dentiste consciencieux ;

C'est la méthode américaine, les dentiers américains, les procédés américains, boniment qui vise le gogo imbécile persuadé que tout ce qui est étranger, et particulièrement américain, est meilleur que tout le reste, comme si tous les dentistes du monde entier n'employaient pas actuellement les mêmes méthodes et les mêmes procédés;

C'est l'émaillage des dents déchaussées ou dépourvues d'émail, émaillage qui consiste en une simple application de ciment dentaire sur les dents;

C'est ensuite l'usage de diplômes étrangers, de médailles, de décorations, l'emploi du titre d'expert près des justices de paix ou tribunaux de commerce, de membre de sociétés savantes, titres et diplômes le plus souvent faux ou bien, en tous cas, dépourvus de toute valeur professionnelle ;

C'est enfin le fameux livre d'or des clients, où ceux-ci, après une extraction avec anesthésie locale, n'hésitent pas à apposer une signature qui, dans la suite, est produite devant les tribunaux, en cas de contestation.

Et que dire de ces officines dont les noms s'étalent partout et qui se présentent au public sous des dénominations tendant à établir la confusion et qui évoquent malicieusement l'idée d'établissements d'enseignement, de sociétés savantes, de congrès, pour laisser accroire qu'elles sont dirigées par des professeurs à l'instar des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique ?

Quoi encore ? Est-ce tout? Hélas, non. Les charlatans ont l'imagination fertile et le mensonge aisé. Aussi ne saurait-on trop vous conseiller la méfiance.

Méfiez-vous des dentistes à titres pompeux.

Méfiez-vous des dentistes qui font de la réclame: ils cherchent à attirer par ce moyen une clientèle que leurs médiocres talents n'ont point su faire venir.

Le bon dentiste ne fait pas de réclame et n'encombre pas les journaux de sa bruyante personnalité ; il sait fort bien que son travail est la meilleure de toutes les réclames.

Adoptez comme règle de conduite l'axiome suivant :

« En art dentaire, et en général dans toutes les professions libérales, la confiance qu'il faut accorder à un praticien est en raison inverse de la quantité de réclame qu'il fait ».

REPORTAGE MÉDICAL

Une Exposition Internationale d'Hygiène, patronnée par les Ministres du Commerce, de l'Industrie des Postes et Télégraphes, de la Marine, de l'Instruction publique, de la Guerre, de l'Agriculture, des Colonies, etc., se tiendra à Paris, dans le Grand Palais, d'août à novembre 1904.

A cette Exposition prennent officiellement part, dès maintenant, la Russie, la Belgique, la Suède et la Norvège ; de plus, d'autres pays étrangers ont fait prévoir leur très prochaine adhésion.

La classe XI, qui comprend les Arts Médicaux, Pharmaceutiques, Accessoires et Produits Chimiques, sera très intéressante, si nous en jugeons par les nombreux exposants qui se sont fait inscrire. La partie attractive de cette classe ne sera pas moins visitée : Toutes les nouveautés de l'électricité médicale moderne y figureront : *La Mécanothérapie ; Les Rayons Rœntgen ; Les Courants de Haute Fréquence ; Les Bains de Lumière ; Les Electromoteurs ; La Thermothérapie ; La Villa Tournesol* (maison tournant sur elle-même), etc, etc.

Ajoutons que cinq Congrès auront lieu pendant la durée de l'Exposition : Congrès de Sauvetage, du 25 au 31 août ; de Secours Publics, du 10 au 20 septembre ; de Pêche, du 1er au 10 octobre ; d'Economie Sociale, du 11 au 20 octobre ; d'Hygiène, du 21 au 31 octobre, et de Tuberculose.

Le Bureau est ainsi composé : *Président du Comité d'admission de la classe XI* : Dr M. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris. *Vice-Présidents* : Ch. Buchet, 21, rue des Nonnains-d'Hyères ; V. Fumouze, 78, faubourg Saint-Denis ; E. Landrin, 2, rue de la Tacherie. *Secrétaire Général* : G. Prunier, 6, avenue Victoria.

Congrès de l'habitation. — Du 15 au 20 octobre 1904 aura lieu au Grand Palais le premier congrès international d'Assainissement et de Salubrité de l'Habitation sous les auspices de la Société française d'Hygiène. Ce congrès, qui sera présidé effectivement par M. le Président du Conseil, comportera six sections : Habitations urbaines. — Rurales. — Ouvrières. — En garni. — Scolaires. — Flottantes. — Président M. Janssen, de l'Institut, président de la Société française d'hygiène ; vice-présidents M. Bonnier, Dr Brémond, A.-J. Martin, Cacheux, etc.

Un nouveau thermomètre médical. — Il a été ainsi présenté à l'Académie :

M. Raymond : J'ai l'honneur de présenter à l'Académie, de la part de M. Bardy, pharmacien, un thermomètre médical qui ne laisse rien à désirer sous le rapport de l'exactitude, car il est accompagné d'un bulletin de contrôle du Laboratoire d'essais des Arts et Métiers. Il est peu fragile. De plus, il a une qualité qui le distingue de tous les thermomètres employés jusqu'à ce jour : on peut le mettre dans l'eau bouillante, on peut le stériliser à l'autoclave à 125 degrés, grâce à une ampoule qui est ménagée à la partie supérieure du tube. Après l'avoir stérilisé, pour faire descendre le mercure, qui

est dans l'ampoule, il suffit de le tourner rapidement comme une fronde. Avec cet instrument, il n'y a donc plus aucun danger de contaminer les malades.

Pérennité de l'agrégation. — Dans le discours prononcé à l'ouverture de la session du conseil supérieur de l'Instruction publique, M. le ministre a déclaré que la question de la pérennité de l'agrégation allait être étudiée à une date très prochaine. En présence de cette affirmation catégorique, MM. Debove et Abelous ont cru inutile de déposer un vœu qu'ils avaient rédigé dans ce sens.

Les vaccinations dans la Seine-Inférieure. — Dans son assemblée générale, tenue à Rouen le 3 juillet, la Société locale de l'A. G. s'est occupée des conditions dans lesquelles devaient s'exécuter les vaccinations et revaccinations prescrites par la loi sur la santé publique et a voté le texte suivant :

« L'Association décide :

De faire observer que si la loi rend la vaccination et la revaccination obligatoires, il ne s'ensuit pas que ces opérations doivent être gratuites pour tout le monde ;

De demander à M. le Préfet de la Seine-Inférieure que le service de vaccinations et revaccinations soit confié aux médecins de l'Assistance, afin de montrer aux populations que la gratuité de ces opérations ne saurait s'étendre à ceux qui sont en état de les payer. Il en résulterait ainsi une diminution notable dans les charges qui vont incomber au département et aux communes si l'on étend la gratuité à tout le monde.

L'Association est d'avis de fixer à 1 fr. le prix de chaque vaccination ou revaccination faite au compte du département. » (*Normandie médicale.*)

Tuberculose, accident du travail. — Jusqu'ici les symptômes de la tuberculose survenue à la suite d'accident du travail n'étaient point reconnus par les tribunaux, et par le fait même l'ouvrier devenu phtisique ne touchait point le demi-salaire fixé par la loi d'avril 1898. La cour de Paris vient de rendre un jugement qui fera désormais exemple dans les annales judiciaires. Le jugement a été rendu grâce aux efforts de notre vaillant et courageux camarade le docteur Tabary et du secrétariat juridique de la rive gauche.

Il s'agissait d'un nommé L..., terrassier, tombé dans un égout où stagnait de l'eau : le blessé n'ayant pu se retirer immédiatement, dut attendre une heure avant que ses camarades vinssent le chercher. Il prit froid et la tuberculose se déclara.

L'ouvrier se fit soigner par le docteur Tabary, et devant toutes les juridictions, la Compagnie d'assurance lui refusa le demi-salaire ; enfin, on obtint gain de cause devant le professeur Richardière, désigné comme expert par le tribunal, qui adopta la thèse défendue d'ailleurs par nos amis de l'office du travail du XV° et le président du trabunal fit donner le demi-salaire à l'ouvrier.

Cet exemple démontre une fois de plus la nécessité de créer partout ces secrétariats juridiques, qui guident l'ouvrier au milieu de toutes les difficultés de la procédure.

Faculté et Hôpitaux.

Cours de pathologie nerveuse.

M. A Léri, chef du Laboratoire, commencera un cours de clinique et d'anatomie pathologique des maladies du système nerveux le 12 septembre à 2 h. et les continuera 3 fois par semaine.

Le cours comprendra 20 leçons, chaque leçon durera 2 heures.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant à Bicêtre, le lundi, de 2 h. à 4 h. ou par correspondance ; le droit est de 80 francs.

— MM. Collinet, Raihé et Denis commenceront, le jeudi 8 septembre 1904, à 3 h. à la clinique de l'Ecole Pratique, un cours sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles. Ce cours se continuera tous les jours, à la même heure, excepté le dimanche. Le cours sera complet en 20 leçons. Les élèves seront exercés à l'examen des malades ainsi qu'aux opérations.

Les droits à verser sont de 50 francs.

On s'inscrit au guichet n° 3 du Secrétariat, les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 h.

Cours de diagnostic médical.

Un cours pratique de diagnostic médical commencera le 12 septembre 1904 à la clinique Laennec et se terminera le 24 septembre.

Il comprendra 24 leçons faites le matin à 9 h. 1/2 et le soir à 2 h. 1/2 dans les salles et au laboratoire de la clinique par MM Léon Bernard, Lortat-Jacob Marcel Labbé, Henri Labbé, sous la direction de M. le Prof. Landouzy.

Programme du Cours.

Lundi 12 septembre. — Matin : Néphrite interstitielle. Syndrome d'imperméabilité rénale. — Soir : Technique d'exploration de la perméabilité rénale. Epreuve du bleu. Cryoscopie. Toxicité urinaire.

Mardi 13 septembre.— Matin : Néphrite épithéliale chronique. Syndrome d'augmentation de la perméabilité rénale. Les œdèmes, les albuminuries. — Diagnostic de la tuberculose par les méthodes de laboratoire. Examen des crachats. Injection de tuberculine. Séro-diagnostic.

Mercredi 14 septembre. — Matin : Tuberculose rénale. Examen histologique et bactériologique des urines. Soir: Les syndromes hépatiques. Syndrome biliaire. Syndrome d'insuffisance hépatique.

Jeudi 15 septembre. — Matin : diagnostic clinique des formes initiales et larvées de la tuberculose pulmonaire. Examen bactériologique et cytologique des liquides séreux. Cyto-diagnostic.

Vendredi 16 septembre. — Matin : les syndromes d'insuffisance hématique. Ochrodermies. Oligémies. Anémies pernicieuses. Chlorose. Soir : examen du sang, globules rouges. Hémoglobine.

Samedi 17 septembre. — Matin : préparation du sang sec. Formules hémo-leucocytaires. Soir : diagnostic des adénopathies et splénomégalies. Leucémies et pseudoleucémies.

Lundi 19 septembre.— Matin : Valeur diagnostique et pronostique des leucocytoses. Soir: Principes normaux de l'urine. Les chlorures et la chlorurie expérimentale. L'urée, l'azote total. Rapport azoturique.

Mardi 20 septembre. Matin : Diagnostic clinique du tabès, Signe d'Argyll-Robertson. Syndromes radiculaires. Soir: Principes anormaux de l'urine. Sucre, albumine. Pigments biliaires. Indican. Diazoréaction.

Mercredi 21 septembre.— Matin : Syndromes gastriques et intestinaux, sécrétoires et moteurs. Examen chimique du suc gastrique.

Jeudi 22 septembre. Matin : Syndromes cardiaques Examen du cœur. Soir : Syndromes vasculaires. Hypertension et hypotension artérielles. Sphygmomanométrie, Sphygmographie.

Vendredi 23 septembre.—Matin : Diagnostic bactériologique des Angines. Soir: Diagnostic des états typhoïdes. Séro-diagnostic. Examen des selles. Culture du sang.

Samedi 24 septembre.— Matin : Diagnostic des hémiplégies organiques et fonctionnelles. Signe de Babinski. Soir: Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien.

Le montant du droit à verser est de 100 francs pour les douze jours de cours

Les bulletins de versement seront délivrés dès à présent jusqu'au 10 septembre, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MEDICAL

Séance du 28 juillet 1904.

Présents : MM. GASSOT, JEANNE, H. CÉZILLY, MAURAT ; assistaient à la séance : MM. les Drs G. DUPONT et GASSOT fils.

Le Conseil décide que les frais de propagande faits pour la publication de la plaquette « Le Concours Médical et ses œuvres » seront supportés par la Société civile.

Au sujet de l'organisation du service de la vaccination, le Conseil, après étude de la circulaire du Ministre de l'Intérieur, propose aux confrères de faire près des préfets des démarches pour que tous les médecins, qui accepteront les conditions des règlements départementaux soient nommés médecins vaccinateurs ; de telle sorte, que le principe, que nous soutenons toujours, de la liberté du choix du médecin, soit sauvegardé sur ce point comme sur les autres.

Il décide qu'une démarche sera faite près du Ministre de l'Intérieur pour obtenir des instructions plus précises, au sujet de la répartition des honoraires pour accidents du travail aux médecins des hôpitaux.

Le Conseil constate que les autres sociétés de défense professionnelle se sont ralliées à la proposition de l'unification de tarifs pour accidents du travail formulée au N° 27 du journal. Il décide à ce sujet qu'un numéro spécial du *Concours* sera réservé à l'étude comparative des principaux tarifs élaborés en ces dernières années, étude accompagnée d'un commentaire qui fera ressortir les divers avantages et inconvénients de chacun d'eux. Il prie ses lecteurs, et plus particulièrement les bureaux des Syndicats, de lui transmettre leurs avis, le plus promptement possible.

Il dépouille la correspondance et expédie les affaires courantes en s'ajournant au trimestre prochain.

LA SEMAINE MÉDICALE

Rupture des collections tubaires au cours du palper et du massage.

M. le Dr A. SAUVAGEOT, de Daulaincourt (Haute-Marne), a consacré sa thèse à un accident très grave, qui peut survenir à la suite du palper abdominal et du massage gynécologique ; nous voulons parler de la rupture des collections tubaires. L'auteur cite vingt et une observations de ces accidents ; il conclut que la constatation de tels faits entraîne l'obligation de pratiquer cet examen avec douceur : le toucher appuyé lui paraît inutile; la tendance à subluxer, en quelque sorte, l'organe malade, pour l'examen entre les deux mains exploratrices, doit être combattue.

Aussi bien, ces ruptures provoquées sont-elles, le plus souvent, des *ruptures spontanées déguisées* ; l'altération des parois de la tumeur kystique, son siège, les adhérences insérées sur elle et en voie de rétraction, sont les vrais facteurs à considérer, surtout, quand au lieu d'une rupture pendant, c'est d'une rupture immédiatement après l'examen, qu'il s'agit.

Ces accidents sont, *a priori*, plus à redouter encore au cours du massage gynécologique.

Aussi faut-il préciser les indications de ce dernier : il est inutile et dangereux dans le traitement des maladies aiguës des annexes.

Le massage, moyen de diagnostic, doit être rejeté.

Les conséquences de la rupture intra-péritonéale varient avec la nature et l'abondance du liquide épanché d'une part, l'état antérieur de la séreuse d'autre part.

Toute rupture diagnostiquée commande la laparotomie immédiate.

Il est bon, dans ce cas, de ne point faire usage du plan incliné avant d'avoir terminé la toilette du péritoine.

Les infections secondaires cutanées des nouveau-nés.

M. le Dr Astros a étudié dans un article très complet de la *Pédiatrie pratique* la multiplicité des causes d'infection cutanée des nourrissons, et la gravité des complications auxquelles peut donner lieu cette infection. La partie la plus pratique à retenir pour nous est la question de la prophylaxie et celle du traitement.

Les principes de prophylaxie pour prévenir les infections cutanées peuvent se réduire à deux : 1° mettre l'enfant à l'abri des contagions du dehors ; 2° combattre ses prédispositions individuelles.

I. — La contagion, nous l'avons vu, peut s'observer dans la famille. Mais elle est surtout à craindre dans les hôpitaux d'enfants, dans les crèches.

La séparation des enfants sains des infectés, l'isolement de ces derniers dans des chambres spéciales, dans des box, est la première loi qui s'impose, et qui, malheureusement, n'est pas partout d'une réalisation facile.

Secondement, hygiène des locaux occupés par les enfants. Aération. Ensoleillement. Suppression du balayage à sec dans les salles d'hôpital et dans les crèches. Désinfection complète des couveuses.

En troisième lieu, mesures de propreté des personnes préposées au soin des enfants. Désinfection des mains des nurses et des infirmières, surtout dans les cas où elles sont appelées à s'occuper d'enfants infectés et d'enfants sains.

Les soins à donner à l'enfant sont de la plus grande importance. Les langes doivent être changés dès qu'ils sont souillés. Il faut recommander l'usage des bains quotidiens. Attention particulière doit être apportée aux soins de propreté de la tête, que l'on doit débarrasser, par des lotions savonneuses, des crasses séborrhéiques qui l'envahissent si souvent ; les croûtes grasses seront préalablement ramollies par des lotions huileuses, et même par des pansements humides.

Enfin, il faut insister sur la propreté absolue des linges destinés aux nouveau-nés et nourrissons, et, mieux encore, surtout dans les hôpitaux d'enfants et les crèches, sur l'emploi des linges stérilisés. Weil et Agnel ont démontré la supériorité des linges stérilisés sur les linges simplement lessivés. Par la substitution des premiers aux seconds, ils ont vu diminuer notablement le nombre et la gravité des infections cutanées. Depuis cette réforme, la mortalité dans la crèche dirigée à Lyon par M. Weil a diminué de 6 % (Dennery).

II. — Les prédispositions des enfants aux infections cutanées sont générales et locales.

Il serait banal d'insister sur les prédispositions générales dues à la naissance prématurée, à la

---

FEUILLETON

Le charlatanisme.

Une campagne habilement et énergiquement entreprise, avec un fracas contempteur, sans ménagements ni réserves, fait espérer que nous verrons bientôt disparaître des vespasiennes des boulevards certaines annonces de médicastres, que vous connaissez bien, et qui, avec une audace inqualifiable, promettent en quelques jours aux naïfs la guérison radicale des maux engendrés par Vénus. Eux seuls savent traiter sans mercure, le grand épouvantail des ignorants ; c'est avec des moyens tout à fait anodins, avec de simples infusions, ou des infusions de simples, si vous aimez mieux, qu'ils triomphent des accidents les plus graves de la syphilis.

En attendant que le public ne soit plus exposé à subir l'influence de pareils mensonges, il importe de le prévenir qu'il court un réel danger en accordant crédit à de semblables boniments. C'est parce qu'ils y ont cru, parce qu'ils pensent avoir suivi un traitement sérieux, que tant de malheureux sont atteints plus tard de complications épouvantables. Il suffit de fréquenter l'hôpital Saint-Louis durant quelques jours, pour se convaincre que ce sont les syphilis ignorées ou non traitées qui deviennent les plus redoutables.

Il est même fort regrettable que dans la brochure de propagande si recommandable « *Pour nos fils quand ils auront* 18 *ans* », publiée par les soins de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale (siège social, 77, rue de Miromesnil), le professeur Fournier, qui en est l'auteur, n'ait pas cru devoir insister davantage, avec plus d'énergie et de précision, contre les annonces criminelles de ces forbans de la médecine, qui induisent tant de jeunes gens en erreur. A la page 46, je lis bien ceci : « Consternés, confus, apeurés, ils ne trouvent rien de mieux que de cacher leur mal, de n'en rien dire à leur famille, et de se traiter secrètement, en se confiant au *premier venu*, à un camarade, à un médecin sur lequel ils ne sont pas renseignés, *et le plus souvent à un charlatan.....* Ces jeunes imprudents se traitent tant bien que mal et plus souvent mal que bien, incomplètement, insuffisamment, puis, en fin de compte, restent exposés pour l'avenir aux catastrophes que vous savez.... »

Je ne crains pas de dire que cette déclaration n'est pas suffisante, pas assez catégorique. Je comprends très bien le sentiment de réserve, de délicatesse, qui a poussé l'éminent praticien à ne pas fulminer contre des concurrents déloyaux ; mais il est dans une situation tellement supérieure à cette tourbe immonde, son passé est tellement honorable, que personne n'aurait songé à le suspecter d'une pensée intéressée, s'il avait montré l'écueil du doigt.

Les réclames odieuses des refuges n'ont déjà fait

débilité congénitale, à la tuberculose, etc..., contre lesquelles le médecin a à lutter. Mention spéciale cependant doit être faite des vices d'alimentation et des troubles digestifs du nourrisson, qui, par une pathogénie variée, conditionnent un si grand nombre d'affections cutanées. Soins de propreté et d'asepsie des seins de la nourrice, surtout dans les cas de lésions du mamelon ou d'abcès, changement de nourrice au cas de galactophorite, hygiène alimentaire bien dirigée, traitement des troubles digestifs dès leur apparition, rentrent dans les plus essentielles des règles de prophylaxie.

Les prédispositions locales sont constituées par ces lésions de la peau, qui sont souvent la porte d'entrée de l'infection. En premier lieu la plaie ombilicale, dont l'asepsie doit être surveillée de la naissance à complète cicatrisation. Les moindres plaies accidentelles, les moindres lésions de la peau, doivent être recouvertes de pansements occlusifs, et, s'il y a lieu antiseptiques. Il convient de surveiller les eczémas au point de vue d'une impétiginisation possible et de s'attaquer à celle-ci dès son début.

Traitement curatif. I. — *Traitement local.* — Ce traitement doit remplir un double but : 1° il doit stériliser les pyodermites et les régions infectées de la peau ; 2° il doit empêcher les inoculations ultérieures.

Il est bon généralement de commencer le traitement par une désinfection générale de la peau. Le moyen le plus efficace est, chez les nourrissons, le bain de sublimé à 1/15,000 : 1 gramme de sublimé pour 15 litres d'eau. Si l'on craint l'action du sublimé dans le cas de lésions trop étendues, on le remplacera par un bain savonneux suivi de l'application de pommade à la vaseline naphtolée à 1/10 (Hutinel). Ces bains pourront être répétés pendant le cours du traitement.

a) Dans les infections superficielles *ouvertes*, la double indication que nous formulions tantôt doit être réalisée, par des lavages pour aseptiser, par des pansements pour préserver les régions voisines. Mais une notion essentielle doit dominer les indications thérapeutiques : c'est celle de la délicatesse toute spéciale de la peau du nourrisson ; une préoccupation doit présider à l'institution du traitement : c'est, avant tout, de ne pas nuire. A certaines applications intempestives, la peau du nourrisson réagit par des érythèmes, qui créent un terrain favorable à l'extension de certaines infections et qui peuvent aggraver la situation.

Ce respect dû à la peau du nourrisson guidera tout d'abord dans le choix des liquides et des solutions de lavage L'eau bouillie avant tout, l'eau bicarbonatée quelquefois, l'eau très légèrement boriquée, suffiront dans bien des cas ; les lavages seront répétés toutes les vingt-quatre heures, quelquefois deux fois par jour, avant les pansements. Dans certains cas déterminés, sur lesquels nous reviendrons, les lavages à l'eau d'Alibour étendue, les attouchements à l'eau oxygénée, seront des plus efficaces.

Comme pansement, après un lavage à l'eau bouillie, l'application d'une simple gaze aseptique sans incorporation d'antiseptiques répondra bien souvent aux indications par son pouvoir absorbant. Comme pommades, on donnera la préférence aux pâtes épaisses de zinc, additionnées quelquefois d'une faible dose d'acide borique ou d'acide salicylique. Les pâtes sont préférables aux emplâtres. Si l'on avait recours à ceux-ci, on choisirait l'emplâtre de zinc de préférence à l'emplâtre rouge de Vidal et au Vigo. Dans les formes suintantes, on emploiera les poudres,

---

que trop de mal, en inspirant une fausse sécurité aux intéressés ; il s'agit de les réduire à néant, de les supprimer, comme cela a déjà été fait à Lyon et ailleurs, au nom de l'intérêt général.

Les syndicats médicaux, les associations médicales et prophylactiques ont là de la bonne besogne à accomplir, alors même que la clientèle des spécialistes honnêtes devrait en être diminuée. Tout ce que nous pouvons entreprendre dans ce sens ne tourne-t-il pas fatalement contre nous ? Il n'y a pas à le regretter, puisque c'est notre plus beau titre de gloire de saper nos propres ressources, en nous faisant les champions de l'hygiène préventive . . . .

. . . .

. . . .

Il est un autre genre d'exploitation qu'il devient urgent de dénoncer, en raison des proportions qu'elle tend à prendre : je veux parler des diverses applications d'appareils dits électro-magnétiques, de plaques métalliques, de croix, ceintures galvaniques et autres blagues du même genre, qui sont capables de tout guérir, la calvitie comme l'impuissance, le cancer et l'épilepsie, les névropathies et les constipations les plus opiniâtres, les hémorrhoïdes, les attaques d'apoplexie, la sénilité, la stérilite, la ladrerie, etc... Ce dernier mot peut s'entendre dans tous les sens, car des avares fieffés qui ne paient jamais leur médecin habituel ou chicanent sur chacune de ses notes, ne craignent pas d'avancer la forte somme pour couvrir leur corps de décorations aussi variées que coûteuses.

Harpagon ne sait pas résister au pître qui lui promet de lui rendre promptement sa virilité, de remédier à sa vieillesse prématurée, « d'enrichir son sang, de ranimer ses ambitions, de le rendre un homme parmi les hommes, de lui permettre de rivaliser avec Hercule ! ».

La bêtise humaine est si grande, si prompte à s'en laisser imposer, qu'il y a des *boutiques* de cet ordre, qui, m'a-t-on affirmé, gagnent plus de cinq cent mille francs par an. Et il y a des esprits chagrins qui oseront dire encore que les affaires ne marchent plus, que rien ne va, que nous dégringolons chaque jour. Ce n'est pas à coup sûr ce commerce qui est dans le marasme ; aussi, les concurrents tendent à se multiplier, à inonder la France de leurs prospectus, de leurs petits journaux, de leurs attestations. Les salons d'attente en sont couverts, dans un décor d'art nouveau, sous l'œil paterne de larbins bardés de lard, qui sont censés avoir été les premiers à bénéficier de cette... admirable découverte.

S'il vous est par hasard tombé entre les mains quelques-unes de ces feuilles, jetées par millions en pâture à la crédulité publique, vous avez dû être écœuré, comme moi, de la mauvaise foi qui préside à leur rédaction, de l'ignorance extraordinaire qu'elles dénotent. Ce sont des élucubrations stupéfiantes, sorties de quelque cerveau mercantile, ne connaissant qu'une chose, le côté faible de son lecteur, celui où on peut le taper, avec chance de voir se vider les goussets les plus parcimonieux.

Des esprits d'une certaine culture, des intellectuels (*horresco referens*), s'y laissent prendre. Après

★

telles que mélange de talc, de sous-nitrate de bismuth et d'oxyde de zinc.

Il est certains agents thérapeutiques dont mention spéciale doit être faite.

Les sulfates de zinc et de cuivre, tels qu'ils entrent dans la composition de l'*eau d'*Alibour, sont, ainsi que Sabouraud y est revenu récemment, les meilleurs antiseptiques à employer contre l'impétigo. L'eau d'Alibour peut être employée au 1/5 pour les lavages ; mais, même étendue de dix et quinze fois son volume d'eau, elle est encore fort active et souvent suffisante chez les nourrissons. Chez eux, les lavages répétés sont moins pratiques que les pansements humides permanents que Sabouraud conseille sous forme de cataplasmes de fécule ou d'amidon cuit arrosés d'eau d'Alibour au 1/3 ; le tout est maintenu par une bande de laine qu'on soulève toutes les trois ou quatre heures pour mouiller le pansement.

L'*eau oxygénée* est un excellent antiseptique qui a été appliqué par Marfan au traitement des affections pyodermiques de l'enfance ; ecthyma, impétigo, folliculites, abcès sous-cutanés multiples, après incision. L'eau oxygénée a le grand avantage de ne pas être toxique. Il n'y a aucun inconvénient à se servir d'eau pure à 10 ou 12 volumes, pourvu que ce soit en lotions et non en application permanente (Cochart).

L'*iodoforme* est un antiseptique puissant, mais qui peut présenter des dangers. Il doit être réservé aux formes graves et localisées de l'infection cutanée, telles que l'ecthyma térébrant (Lascoronsky) et les gangrènes de la peau.

b) Dans les lésions que le médecin est appelé à *ouvrir*, telles que furoncles, abcès multiples, il est certaines précautions à prendre pour empêcher les inoculations de voisinage. Grégor (de Breslau) conseille le procédé suivant : savonner et nettoyer à l'éther la région de l'éruption, l'enduire d'une couche épaisse de vaseline boriquée à 10/100 pour protéger la peau des inoculations secondaires ; puis inciser tous les abcès, même ceux qui ne présentent pas encore de fluctuation et les vider complètement ; éponger soigneusement les gouttes de pus et de sang sans enlever la pommade ; panser à sec. En quatre ou six séances on peut obtenir une guérison définitive.

II. — *Traitement général.* — L'état général, dans les formes aiguës des infections cutanées, doit être quelquefois soutenu par les stimulants généraux (grogs, caféine, huile camphrée en injections).

Dans les formes chroniques, à tendance cachectique on peut tirer quelque profit des injections sous-cutanées de sérum salé à 7 pour 1000, à condition que l'enfant ne soit ni tuberculeux, ni néphrétique. Mais, c'est surtout à des conditions d'hygiène générale, à une alimentation appropriée, à l'ensoleillement par le séjour à la campagne et quelquefois, au bord de la mer, qu'il faut demander la reconstitution de ces petits organismes infectés.

Valeur du vaccin et varioloïde.

M. le Dr Henri Leroux a communiqué à la Société du VIIe arrondissement de très judicieuses réflexions au sujet d'une petite épidémie de varioloïde, qui évolua chez des sujets restés longtemps réfractaires à la vaccine. « Le 12 février, je reçois dans mon service, à l'hôpital St-Joseph, une domestique demeurant dans le VIe arrondissement, dont la maladie avait débuté le 28 jan-

---

avoir tenté en vain diverses médications, ils se disent un beau jour : Pourquoi ne pas en essayer, puisqu'on me promet la guérison ? — Bah ! je n'en mourrai pas ; ça me coûtera cinq louis, soit ; ma santé vaut mieux que ça.

— Ils font une commande, qui se répète aux quatre points cardinaux et ainsi se trouve réalisé une fois de plus le dicton qui prétend que les petits ruisseaux font les grandes rivières.

C'est une variante de l'histoire de la dernière épidémie de choléra. L'Académie ayant déclaré qu'il n'y avait pas de panacée contre ce fléau, les trembleurs faisaient la queue chez les pharmaciens, ou les marchands de camphre, qui les assuraient qu'ils seraient indemnes, à l'abri du péril, après avoir passé à leur caisse.

Tout ceci prouve qu'un trop grand nombre de nos contemporains sont restés de grands enfants, des êtres mineurs beaucoup trop crédules;qu'il faut armer contre l'emprise des vendeurs d'orviétan.

Le mal étant connu, où donc est le remède ? — Je ne perdrai pas mon temps à en appeler aux pouvoirs publics, au gouvernement, qui serait pourtant tout indiqué pour protéger ses électeurs et faire œuvre de police sanitaire. On lui demande trop, à cet Etat Providence,qui a bien d'autres soucis en tête. A Paris, malgré les millions dépensés, il ne parvient pas à nous donner de l'eau potable et à conjurer la fièvre typhoïde ; comment voulez-vous qu'il puisse s'intéresser à une question de salubrité comme celle que je viens de dénoncer ?

Non, c'est à nous, toujours à nous, fils d'Hippocrate, de nous immoler, pour faire triompher la vérité, pour aviser les débiles et les gogos qu'on les trompe, qu'on en veut à leur porte-monnaie et que c'est en vain qu'ils le mettent à sec.

En dehors de l'action collective des syndicats, de la presse, chacun de nous doit payer de sa personne par la parole, par la plume, au sein des municipalités, des assemblées élues, pour diminuer le nombre des dupes. Répetez partout, sur tous les tons, aux jeunes comme aux vieux, que ces plaques, que ces piles simplifiées, n'ont aucune action profonde sur les tissus, qu'elles peuvent irriter la peau superficiellement et que c'est à cette action éphémère que se borne leur rôle. Le reste n'est que vanité, grosse caisse, poudre de perlinpinpin, effronterie, exploitation.

Il n'y aura qu'à hausser les épaules si des imbéciles prévenus ou soudoyés osent déclarer en arrière que c'est par jalousie que vous agissez, que vous avez peur qu'un plus malin que vous coupe les chardons au-devant de vos pas ; ce sont de ces bêtises qui se répéteront sans cesse ; on a toujours cherché à dénaturer les plus nobles actions, les plus désintéressées. On peut supporter les quolibets, rester insensible à la cacophonie de quelques baudets, lorsqu'on est sûr de faire son devoir, de travailler pour le bien du plus grand nombre,en empêchant que des trésors soient arrachés annuellement à l'épargne populaire.

Dr Grellety (de Vichy).

vier et qui se présentait avec les signes très nets d'une varioloïde à la période croûteuse.

« Le 27 février, je vois venir chez moi une jeune domestique de 21 ans, demeurant dans le voisinage, qui avait vu la malade précédente peu avant son entrée à l'hôpital ; cette jeune fille avait été revaccinée 4 ans auparavant sans succès. Elle avait une varioloïde au début ; boutons papuleux, quelques-uns devenant vésiculo-pustuleux. Il y avait eu au début des maux de reins, avec fièvre légère. L'évolution fut normale. La malade fut soignée chez ses maîtres et bien isolée dans une chambre de l'hôtel qu'ils occupaient.

Le 9 mars, je suis appelé dans la même maison pour une autre domestique très fatiguée et prise d'une forte fièvre — 38, 1 le matin, — 39, 2 — puis 39,5 l'après-midi et le soir. La fièvre persista le lendemain, oscillant entre 39° et 39° 2. Le 11, elle s'élevait à 40.1 R. dès le matin. La malade n'avait qu'un mal de reins peu accentué, pas de vomissements, mais présentait un aspect de dépression qui me fit redouter le développement d'une fièvre typhoïde ; je fis prendre un bain froid à 24 degrés, la température s'abaissa à 39° R. puis remonta a 40° ; un second bain fut pris l'après-midi dans les mêmes conditions et donna un abaissement analogue. Le 12 au matin, 39° 5 ; je prescris un troisième bain, la température tombe à 37, 8. A la visite du soir, la température remonte à 38,8 ; mais je vois très nettement quelques papules d'aspect varioleux ; je fais prendre nonobstant un quatrième bain qui abaisse la température à 38°. Le 13, les papules se sont multipliées, sont devenues vésiculeuses, la température est encore de 38°, puis tombe à 37° 4 dans la journée et se maintient à ce niveau le 14 et le 15 pour s'abaisser à 37° et au-dessous le 16. Dès le 14, c'est-à-dire 2 jours après l'apparition des papules, il y avait une transformation en petites pustules, qui avortèrent rapidement.

« Pris en eux-mêmes, ces trois faits de varioloïde n'offriraient rien de bien spécial ; ils se sont échelonnés dans des conditions réglementaires quant aux périodes d'incubation et d'éruption, mais ce que je dois relever, c'est la particularité suivante :

« La malade n° 3, qui eut, le 12 mars, cette éruption de la varioloïde précédée de 3 jours de fièvre intense avec dépression telle que je crus à un début de fièvre typhoïde, avait été revaccinée à l'Académie de médecine le 13 février — sans succès. — Et c'est même ce fait de la revaccination, qui, aux premiers jours, m'avait fait éloigner l'idée de variole, et confirmé mes craintes pour une toute autre maladie. Je profite de cette communication pour vous signaler rapidement quelques résultats de tentatives de revaccination chez des jeunes enfants. Je suis frappé du nombre croissant de babys que je vaccine entre 3 et 6 mois avec des tubes de vaccin pris à l'Académie, employés 1 à 2 jours après les avoir été chercher moi même, et chez qui le vaccin échoue. Il en est plusieurs chez qui le vaccin ne réussit à prendre que vers 10 et 12 mois. Le cas le plus ancien dont je me souviens, c'est celui de mon fils, qui a maintenant près de 15 ans, je l'ai vacciné sans succès à 4 ou 5 mois. Je l'ai mené à l'Académie entre 6 et 7 mois : même insuccès ; — le vaccin n'a pris chez lui qu'à la quatrième vaccination, à plus de 10 mois ; — mais ce fait était resté, dans ma pratique personnelle, une exception jusqu'à il y a 3 ans ; depuis, j'en ai vu 5 à 6 cas ». (1).

Quelles conclusions doit-on tirer de ces faits ?

1° Les vaccinations et revaccinations doivent être pratiquées souvent, environ tous les mois pendant la première année de la vie, jusqu'à ce que le succès soit certain, et environ tous les cinq ans chez les enfants, les adolescents, les adultes et les vieillards.

2° Le plus grand soin doit être employé à pratiquer les vaccinations et revaccinations, les piqûres doivent être bien insinuées sous l'épiderme, suivant une surface assez étendue, sans faire saigner. On n'essuiera pas les piqûres et on pratiquera pour terminer un pansement par occlusion avec un bon collodion riciné frais.

Le salicylarsinate de mercure.

Les recherches modernes ont surabondamment démontré la supériorité du traitement mercuriel contre la syphilis, par la méthode des injections sous-cutanées, intra-musculaires ; malheureusement, de graves inconvénients sont reprochés, avec raison, aux substances mercurielles injectées : la douleur des injections, et la difficulté de leur absorption ; le biiodure, le benzoate, le bichlorure, le calomel, l huile grise, le peptonate, sont tous douloureux et trop longs à absorber. Les spécialistes ont cherché d'autres composés, qui ne présentent pas ces inconvénients graves. Les Lumière ont lancé l'hermophényl, qui a donné déjà quelque satisfaction. M. Coignet, de Lyon, a publié une étude sur un nouveau sel composé de mercure, le salicylarsinate de mercure, expérimenté par M. Gailleton et par M. A. Breton.

Le salicylarsinate de mercure se présente sous la forme d'une poudre blanche, d'aspect amorphe, soluble dans l eau et, fait important, la solution peut être stérilisée *sans dissociation*. On sait que le mercure engagé dans quelques combinaisons organiques ne présente plus ses réactions générales analytiques et revêt dans ces combinaisons une modalité spéciale qui les fait désigner sous le nom de composés à mercure dissimulé ou latent. C'est le cas pour le cyanure de mercure par exemple et pour l'un des deux salicylates que prévoit la théorie.

Le salicylate basique de mercure :

$$(C^6H^4O.CO^2)\,Hg\left[C^6H^4 < {CO,O \atop O} > Hg\right]$$

déjà utilisé contre la syphilis, renferme en effet le mercure sous cet état particulier.

Au cours de recherches pharmacologiques sur les injections mercurielles, les chimistes furent conduits à étudier les préparations à base de salicylate de mercure et en particulier à rechercher une solution renfermant ce sel, non décomposé et à l'état stable, capable de remplacer le sel insoluble en suspension dans l'huile, indiquée par Hallopeau.

La solubilisation du salicylate de mercure s'obtient par plusieurs procédés. L'un d'eux a paru digne de fixer l'attention. Le voici. On a observé qu'en traitant dans certaines conditions *de réaction du milieu*, du salicylate de mercure en suspension dans l'alcool par l'acide méthylarsinique, il y avait dissolution. De ce liquide obtenu, il fut

(1) N. D. L. R. — On ne nous a jamais écrit pareilles choses au sujet du vaccin du *Concours médical*.

possible d'isoler une combinaison moléculaire des deux sels, sous la forme d'une poudre blanche, contenant une molécule de sel arsenical pour une molécule de sel mercuriel. Ce nouveau composé peut être considéré comme un salicylarsinate de mercure. Dès lors, l'*énésol* était trouvé. Ce corps présente l'avantage de contenir sous une forme dissimulée du mercure et de l'arsenic, unis à un antiseptique, l'acide salicylique.

La solution de salicylarsinate de mercure ne donne ni les réactions des arséniates, ni celles du mercure, ne précipite ni par le sulfhydrate d'ammoniaque, ni par l'iodure de potassium. Elle ne coagule pas l'albumine. Sa teneur en mercure est de 38,46 p. 100 et de 14, 4 p. 100 en arsenic métalloïdique. Vu la faible toxicité de l'arsenic donné sous la forme de dérivés méthylés, on peut l'administrer à doses, élevées contenant une forte proportion de mercure métallique, sans craindre l'intoxication arsénicale. Un centigramme répond à 0 gr. 0087 de biiodure de mercure. La solution pour injections se fait au titre de 0 g. 03 par centimètre cube et correspond à 0 gr. 026 de biiodure.

La solution de ce nouveau sel est facilement injectable.

Les injections peuvent se faire sous-cutanées et mieux intra-musculaires.

Les injections étant indolores ou presque toujours indolores, sont bien acceptées des patients.

Ces injections peuvent être faites en séries quotidiennes, être plus ou moins espacées suivant la lésion à combattre. Suivre en cela les réactions ou susceptibilités individuelles, tenir compte de l'action du médicament qui paraît lente.

Le salicylarsinate de mercure, suivant l'expression du docteur Coignet, mérite d'être classé au nombre des « bons sels » mercuriels.

CLINIQUE CHIRURGICALE

I. *Hôpital de la Charité* : M. le professeur TILLAUX.

Hydarthrose subaiguë du genou.

Nous allons examiner, aujourd'hui encore, un genou malade : c'est une région, il est vrai, avec laquelle le médecin ne saurait trop se familiariser, car sa pathologie constitue un des côtés les plus importants et les plus délicats de la clinique chirurgicale.

Notre patient est donc atteint d'une affection du genou. C'est un jeune homme de 17 ans, vigoureux et bien développé. Son père est en bonne santé, sa mère est atteinte de rhumatisme, ou plutôt de douleurs articulaires assez fortes qui récidivent fréquemment et l'obligent à rester alitée de temps en temps, pendant 8 à 10 jours chaque fois. Il a eu 3 frères et sœur. Deux sont morts en bas âge, de méningite, croit-il, et le troisième, vivant actuellement, se plaindrait aussi de douleurs articulaires à la hanche et au genou.

Ses antécédents personnels sont satisfaisants. Il ne tousse pas et son appétit est bon. Il n'a jamais eu de maladie sérieuse, à part une variole remontant à l'enfance. Il n'a pas eu de blennorrhagie.

Son affection du genou, pour laquelle il est entré à l'hôpital, a débuté samedi dernier. Il s'était plaint déjà auparavant de douleurs vagues, passagères, qui disparaissaient rapidement et ne l'avaient jamais empêché de travailler. Samedi soir, vers 5 heures, au moment où il s'apprêtait à dîner, il fut pris d'une souffrance assez aiguë dans l'articulation, sans motif appréciable. La douleur s'accrut pendant la nuit et, le dimanche, il était incapable de se lever et de marcher. Le genou se tuméfia les jours suivants jusqu'à atteindre les dimensions que nous constatons aujourd'hui.

L'articulation est effectivement très augmentée de volume, très déformée. A la place occupée par la rotule se trouve un méplat et, au-dessus et au-dessous, se voient deux saillies correspondant aux culs-de-sac de la synoviale articulaire.

A la palpation, la région des culs-de-sac synoviaux est tendue. Si nous cherchons le choc rotulien en pressant avec l'index, après avoir refoulé avec les deux mains le liquide sous la rotule (selon le procédé habituel), nous ne le trouvons pas. Ce signe, caractéristique de l'hydarthrose, ne se perçoit pas ici parce qu'il y a surabondance de liquide. Ce dernier, accumulé sous la rotule, la soulève à tel point que le choc du doigt ne suffit plus à lui faire parcourir la distance la séparant des condyles. Pour percevoir, en pareille circonstance, le choc rotulien, il faut presser directement sur la rotule sans ramener le liquide articulaire au-dessous d'elle. La production de ce signe qui, je le répète, est caractéristique de l'hydarthrose, se trouve donc gênée par le trop d'abondance du liquide et il est bon de connaître cette particularité.

On trouve de la fluctuation, qui va de la partie supérieure à la partie inférieure de l'articulation; le doigt placé au-dessus de la rotule renvoie le liquide au doigt placé au-dessous.

Les autres points du genou ne sont pas touchés; rien à la région externe, rien au creux du jarret. Il s'agit d'une affection limitée à la jointure, avec épanchement intra-articulaire.

Signes physiologiques ? Ils concernent les fonctions du membre et la douleur. Le malade marche avec beaucoup de difficultés et il a une claudication intense. Ses mouvements spontanés sont limités et difficiles. Il soulève avec peine et effort le talon du plan du lit, indice que le triceps fémoral trouve sur la rotule un point d'appui insuffisant. Il fléchit le genou en glissant et en frottant le talon sur le lit.

Les mouvements provoqués sont peu douloureux et sont surtout limités par le gonflement de l'articulation en avant.

La douleur créée par la pression est très importante à étudier. Pour nous orienter quant à son siège, si elle existe, marquons l'interligne articulaire au crayon dermographique : cet interligne passe au niveau du sommet de la rotule. Nous ne trouvons rien aux plateaux tibiaux, rien non plus au condyle externe ; nous ne rencontrons une légère sensibilité, peu accusée d'ailleurs, qu'au niveau du condyle interne. La recherche des points douloureux à la pression offre toujours une grosse importance au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Les signes de voisinage sont nuls, pas d'atrophie de la cuisse, pas d'adénopathie dans l'aine.

Nous sommes ainsi amenés au diagnostic de collection liquide intra-articulaire. Le genou de ce malade a tout à fait la physionomie de l'hydarthrose. Les ostéo-arthrites du genou ne donnent pas cette forme, cet aplatissement de la région rotulienne, avec gonflement autour, spécial à

l'épanchement de la synoviale du genou. Dans l'ostéo-arthrite, la tuméfaction est plus ou moins latéralisée aux condyles ou au tibia.

J'estime que, dans l'articulation de notre malade, du liquide et je dis plus, du liquide séreux, est collecté. Ce n'est pas du sang puisqu'il n'y a eu aucune espèce de traumatisme ; c'est encore moins du pus.

Il s'agit d'une hydarthrose, diagnostic que je compléterai par un autre mot : aiguë. Il existe des hydarthroses tout à fait chroniques, à répétition, qui vont et viennent et n'empêchent pas le malade de vaquer à ses occupations. Chez notre patient il ne s'agit pas de cela : voilà un garçon se portant bien, pris samedi dernier — il précise même l'heure — de sa douleur articulaire. Nous sommes aujourd'hui vendredi et son genou est déjà très distendu ; l'accumulation de liquide est telle que le choc rotulien est difficile à percevoir au premier abord. Une semblable hydarthrose a quelque chose d'aigu. Je ne dis pas qu'il y ait arthrite et cependant la douleur subite, l'épanchement rapide, l'impotence fonctionnelle, la difficulté de la marche et la gêne pour détacher le talon du plan du lit, indiquent bien un certain degré d'inflammation aiguë de la synoviale, d'arthrite par conséquent.

Je vais me servir d'une comparaison. L'hydarthrose présente beaucoup d'analogies avec l'hydrocèle. Eh bien ! vous rencontrez quelquefois des épanchements survenus rapidement dans la vaginale ; il y a des vaginalites aiguës avec épanchement et il y a des hydrocèles sans aucune espèce d'inflammation aiguë. De même il y a des synovites articulaires avec épanchement et des hydarthroses simples. Pas plus qu'on s'expliquerait une hydrocèle survenant en 24 heures, sans vaginalite aiguë, pas plus on ne s'explique une hydarthrose simple ayant une évolution aussi rapide que chez notre malade. Je pense que chez lui, existe un certain degré d'inflammation aiguë de la synoviale et je ne crois pas que le liquide contenu dans l'articulation soit exclusivement séreux : il doit être un peu louche.

Passons au diagnostic de la cause.

Nous avons dit hydarthrose aiguë ou mieux subaiguë. Il ne s'agit pas de corps étranger. Dans les corps étrangers, l'hydarthrose joue un rôle minime, l'épanchement est très peu abondant. Nous n'avons pas non plus noté de blennorrhagie.

Nous sommes en face de deux hypothèses : rhumatisme ou tuberculose. Est-ce une synovite rhumatismale ou une synovite bacillaire du genou ? La distinction est souvent difficile à établir, si difficile même que, dans ces cas-là, on a tenté de s'appuyer sur d'autres moyens, le cyto-diagnostic par exemple. La constatation de petits globules blancs dans le liquide articulaire serait un indice en rapport avec l'hypothèse bacillaire. J'ai parlé à M. Widal de cette question qui lui est particulièrement familière et il ne m'a pas paru très affirmatif sur la valeur du cyto-diagnostic, lorsqu'il s'agit d'épanchements articulaires du genou.

Qu'y-a-t-il en faveur de la bacillose ? Peu de chose : les antécédents héréditaires (un frère et une sœur morts en bas âge, de méningite probablement bacillaire) et le point douloureux, bien légèrement marqué, il est vrai, du condyle interne. Contre cette hypothèse nous rencontrons beaucoup plus d'arguments : l'absence de ganglions et d'atrophie de la cuisse, l'absence de lésion pulmonaire, la vigueur et les antécédents personnels satisfaisants du malade. Et puis, est-ce que l'envahissement primitif d'un point osseux, aussi petit que celui décelé par la douleur locale, expliquerait une hydarthrose aussi subite, aussi rapide. Le fait est loin d'être dans les habitudes de la bacillose articulaire.

Dans la synovite tuberculeuse, d'autre part, l'élément douleur domine, l'élément épanchement est secondaire et il n'atteint pas cette abondance en quelques jours.

Pour le rhumatisme, nous trouvons les antécédents maternels.

Je penche donc pour le diagnostic d'hydarthrose subaiguë rhumatismale. Cela a-t-il de l'importance ? Certes, au point de vue du pronostic et surtout du traitement. Il n'est pas douteux que si j'étais convaincu qu'il s'agit d'une lésion bacillaire, je ferais l'arthrotomie, j'ouvrirais l'articulation, j'évacuerais le liquide et laverais le genou. Sans doute, cette opération n'offre pas de gravité, mais enfin c'est toujours une intervention ; si elle n'est pas utile, on ne doit pas la faire. Tout dépend du diagnostic. Je ne crois pas à la tuberculose et je persiste dans mon impression première de synovite rhumatismale avec épanchement aigu abondant, justiciable du repos et de la compression.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

OTOLOGIE

Les otites de la scarlatine.

Tous les spécialistes connaissent, et par les descriptions classiques, et par expérience personnelle, l'otite scarlatineuse avec large destruction de la membrane du tympan, exfoliation des osselets, granulations du fond de la caisse ; c'est là un aspect objectif qui permet pour ainsi dire de lire la scarlatine ou la rougeole, dans les antécédents du malade.

Quelle est la fréquence de ces affections graves de l'oreille moyenne, dans la scarlatine, sous quelle influence se manifestent-elles, n'y a-t-il pas à côté de ces otites destructives d'autres otites moins sévères, et dans quelle proportion ?

Pour résoudre ce problème, il faut suivre les otites au cours d'une épidémie de scarlatine, ou pour mieux dire au cours d'épidémies successives, car nous savons tous les grandes différences que l'on constate d'une année à l'autre. Voici les résultats de cette enquête scrupuleusement faite dans le service de M. Variot aux « Enfants Malades » pendant l'année 1901.

Sur 339 scarlatineux, on a noté 36 otites, ce qui fait 10,65 %. Cette moyenne se rapproche de celle obtenue par le Dr Variot en 1899, à l'hôpital Trousseau. Elle paraît un peu inférieure à ce que l'on a constaté dans la rougeole où cette complication se rencontrerait dans 12 % des cas.

Sur ces 36 otites, deux seulement ont présenté d'emblée le type classique avec large destruction du tympan et l'aspect décrit partout de l'otite scarlatineuse.

Dans 9 autres cas, l'affection était sérieuse, et l'écoulement d'oreille s'est prolongé au-delà du séjour des enfants à l'hôpital, ils sont sortis non guéris ; mais sans gros dégâts.

Par un hasard heureux, il n'y a eu en 1901 aucune complication du côté de la mastoïde.

Il reste à côté de ces deux otites destructives, et de ces otites sérieuses et prolongées, un gros bloc de 25 otites bénignes, toute sorties guéries de l'hôpital. Si maintenant l'on examine soigneusement les feuilles de clinique des malades, l'on est frappé de ce fait que les otites graves sont des otites précoces contemporaines de l'angine du début, ou en rapport avec des angines sévères secondaires.

L'angine scarlatineuse règle, comme l'a montré le Dr Variot. le cycle thermique ; elle commande aussi aux complications auriculaires ; et l'on peut dire : angine grave, otite grave.

L'espèce microbienne rencontrée dans l'angine, point de départ de l infection de la caisse, paraît jouer un rôle secondaire. L'on a trouvé, en effet, les espèces les plus diverses ; c'est l'intensité du processus angineux qui reste au premier plan. Les otites bénignes répondent à deux types bien différents. Les unes se manifestent au début de l'affection chez des malades porteurs d'angines légères, les autres sont des otites tardives sur lesquelles il est intéressant d'attirer l'attention.

L'on voit, en effet, des enfants faire en pleine convalescence, parfois même à la fin de la desquammation. une infection de l'oreille moyenne. Infection légère sans gros signes objectifs, peu ou pas de température et de phénomènes douloureux ; l'unique symptôme est un léger écoulement d'oreille, le plus souvent de courte durée.

Ces otites sont tout à fait en dehors de l'influence de l'angine initiale, ou d'une angine secondaire ; elles se manifestent, pourrait-on dire, plutôt à propos de la scarlatine qu'à cause même de la scarlatine. Ces otites tardives sont surtout fréquentes chez les jeunes sujets porteurs de végétations adénoïdes et éprouvés par la maladie.

Le séjour en milieu hospitalier doit être pour beaucoup dans ces infections tardives et banales du rhino-pharynx et de l'oreille. Peut-être aussi faut-il incriminer le décubitus horizontal prolongé. Le Dr Veillard, dans sa thèse sur l otite des nourrissons, a montré combien ce facteur pouvait avoir d'influence en favorisant la stagnation des mucosités septiques dans le pharynx nasal.

De l'examen des faits, l'on peut tirer les conclusions d'attente suivantes :

Au cours de la scarlatine, il y a des otites graves en rapport avec les angines intenses, et des otites bénignes qui répondent aux angines légères ou qui se manifestent tardivement, en pleine convalescence, chez les enfants épuisés.

La surveillance de l'oreille et l'antisepsie du cavum devront se prolonger au-delà de la durée de la fièvre éruptive.

En faisant des paracentèses précoces, on doit pouvoir éviter les larges délabrements irréparables du tympan.

M. Lermoyez ajoute que de nombreuses observations lui ayant démontré la contagiosité de ces otites, il est formellement d'avis qu'il faut isoler soigneusement les otiques, surtout quand l'otite survient secondairement au cours d'une fièvre éruptive ou d'une grippe. Depuis quatre ans qu'il prend strictement cette précaution, il n'a plus jamais eu l'occasion d'observer ces épidémies familiales d'otites, qu'il voyait auparavant.

PHTHISIOLOGIE

Sur la genèse de la tuberculose.

Cette question, des plus importantes au point de vue de la prophylaxie, a été traitée d'une façon magistrale, il y a quelques mois à peine, par le Professeur Behring, de Berlin (Phtisiogenèse et lutte contre la tuberculose) ; et il n'est pas sans intérêt de connaître aujourd'hui l'opinion, à cet égard, d'un spécialiste en la matière, le docteur Volland, de Davos. (*Münch. Med. Wochens.* n° 20. 1904.)

D'accord avec Behring, Volland estime que la tuberculose ne se propage pas par l'aspiration. dans les poumons, du bacille spécifique, ni à l'état sec, ni à l'état humide. Il reconnaît également l'exactitude des principes suivants :

1°) La tuberculose se contracte généralement dans le jeune âge ;

2°) Plus tard la contamination devient excessivement rare ;

3°) Pour envahir l'organisme, le bacille tuberculeux ne pénètre pas tout d'abord dans le poumon, mais bien dans les voies lymphatiques et dans le sang.

Volland n'attache pas grande importance à cette prédisposition congénitale à la tuberculose admise par certains auteurs. Comme on ne pouvait exclure des théories pathogéniques, dit-il, l'hérédité de la tuberculose, on pensa en effet que le seul facteur, hérité par l'enfant de ses parents. consistait en une réceptivité particulière à l'égard du poison. D'après Peter, l'enfant naissait non pas tuberculeux, mais tuberculisable. Mais les preuves scientifiques fournies à l'appui de cette hypothèse, furent encore moins probantes que celles données pour démontrer l'hérédité directe, et d'ailleurs le microscope, l expérimentation animale et les cultures n'en attestent pas davantage la réalité.

Behring considère le lait de vache contaminé comme une source d'infection certaine pour l'enfant. car les bacilles traversent facilement la paroi intestinale sans défense du nourrisson. Ces vues ont soulevé de nombreuses critiques de la part des médecins et des hygiénistes et Volland ne semble pas se rallier à cette théorie pathogénique. Il admet, par contre que, mise à part l'hérédité directe du bacille de Koch, la tuberculose se contracte dans l'immense majorité des cas par l'intermédiaire de la scrofulose.

Or la scrofulose est une maladie relativement rare dans la première année de la vie, alors qu'elle devient particulièrement fréquente dans la deuxième année et que 50 % de tous les cas observés se rencontrent entre deux et cinq ans. On peut donc se demander pour quelles raisons une affection aussi répandue que la scrofulose ménage pour ainsi dire le nourrisson, et s'observe, plus particulièrement dans la deuxième année de la vie. Cette particularité est certainement sous la dépendance de facteurs généraux, et si l'on réfléchit à cette question, on peut voir qu'au bout de la première année seulement le nourrisson prend contact avec le sol ; jusqu'à ce moment il est por-

té, conduit en voiture, mais ensuite il doit apprendre à marcher.

De prime abord, cette période de transition offre pour la santé de l'enfant aussi peu d'importance que le passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine.

Les dangers auxquels sont exposés les enfants aussitôt après la naissance, ont fait l'objet d'études très complètes ; mais on ne connaît pas ce qu'ils risquent ultérieurement, dès l'instant où l'on commence à les asseoir par terre. On ne peut s'en rendre compte ni à la consultation, ni au lit du malade. Il faut les examiner dans les salles de récréation, dans la rue, dans les promenades. On voit alors combien sont fréquentes les érosions de la bouche. du nez, les petites plaies de la figure, et de quelle façon les souillures des mains, de la face, viennent infecter ces portes d'entrée, ouvertes aux germes. Cette manière de voir explique clairement la genèse de la scrofulose, si longtemps restée obscure.

Quand les dents sortent, c'est-à-dire dans le courant de la deuxième année, la bave abondante ramollit les commissures des lèvres ; le mucus nasal stagne et irrite l orifice des narines. Il se produit en ces régions des démangeaisons ; l'enfant y porte ses mains crasseuses et arrache l'épithélium macéré ; par les voies lymphatiques ainsi ouvertes pénètrent les germes qui se trouvent sur ses mains. Ainsi prennent naissance les plaies des commissures labiales, les plaies cutanées, ainsi s'enflamment les ganglions correspondants du cou. La scrofulose est donc une maladie de crasse ; elle peut devenir tuberculose si la crasse qui se trouve sur les mains des enfants renferme le germe de la tuberculose. C'est là une éventualité assez fréquente, ainsi que le montrent les travaux de Dieudonné, Preisich, Schütz, et les observations de Volland.

Ce mode de contamination a d'ailleurs été démontré par la méthode expérimentale (Behring). En effet, pour obtenir chez l'animal une véritable tuberculose pulmonaire, il faut faire pénétrer dans les voies lymphatiques, à dose relativement minime, des bacilles tuberculeux de faible virulence ; avant que n'apparaisse la lésion du poumon, on observe une tuméfaction des ganglions du cou, ou mieux une véritable scrofulose.

Cette tuméfaction scrofuleuse des ganglions du cou se rencontre fréquemment chez l'homme dans les premières années de la vie. Sur 1352 enfants des écoles, entre 7 et 12 ans, Volland l'a trouvée 1271 fois, par conséquent dans une proportion de 93 ou 94 %. Laser et Neumann sont arrivés à des résultats analogues.

Si l'on veut donc attaquer par la base la tuberculose, en tant que maladie du peuple, il faut commencer la lutte dès les premières années de la vie, et protéger l'enfant contre l'infection tuberculeuse. La génération actuelle est depuis longtemps contaminée : elle ne peut se garantir contre l'éclosion de la maladie qu'en augmentant le plus possible sa force de résistance contre l'infection.

Si donc la contamination du nourrisson par le lait paraît peu vraisemblable, si l'inhalation de poussières tuberculeuses ne donne pas de tuberculose, si l'aspiration de gouttelettes de liquide infectées n'est pas dangereuse (ainsi que le démontre la longévité des laryngologues très exposés à ce mode d'infection quand ils pratiquent des examens de personnes atteintes de granulations laryngées spécifiques), on ne saurait davantage se rapprocher de la vérité qu'en admettant la genèse de la tuberculose par l'intermédiaire de la scrofulose. Dès lors qu'on abandonne cette crainte, exagérée et dénuée de fondement, de contracter la tuberculose par inhalation. Le milieu extérieur est trop contaminé pour qu'il soit possible d'y détruire le bacille de Koch ; la prophylaxie de l'affection devra donc uniquement consister dans la protection de l'organisme humain contre la pénétration du germe infectieux, et l'on n'oubliera pas quels sont, pour la génération future, les dangers de la crasse, répandue sur les mains des enfants.

Volland propose d'édicter les mesures prophylactiques suivantes :

Jamais on ne devra laisser les enfants se traîner par terre : pour leur apprendre à marcher on les maintiendra soit à la main, soit avec des laisses. Si l'enfant tombe, il faut aussitôt nettoyer la poussière qui s'est accumulée sur ses mains ; ses jouets seront tenus dans un grand état de propreté. On évitera de laisser stagner la bave et le mucus nasal sur la figure.

Les gardes d'enfants apprendront toute l'importance qui s'attache à la propreté de l'enfant, et surtout de ses mains, durant les premières années de la vie.

Il faudra également habituer les enfants à laver eux-mêmes leurs mains, dès qu'elles sont souillées.

Toutes ces mesures hygiéniques, assez difficiles à vulgariser en raison de la force d'inertie, pourront amener une diminution de la scrofulose et de la tuberculose. Dr GEORGES.

REVUE DE LA PRESSE ETRANGÈRE

Le zona dans la pneumonie fibrineuse.

L'herpès zoster se rencontre dans 30 à 40 pour cent des pneumonies fibrineuses ; il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. C'est généralement du 3e au 5e jour de la maladie que se produit l'éruption ; celle-ci récidive rarement.

Elle se localise le plus souvent dans le territoire des deuxième et troisième branches du trijumeau. avec prédominance au rameau sous-orbitaire. Elle est rare dans la région innervée par la première branche (œil, front). On note quelques localisations atypiques au cou, sur le tronc (sacrum) et aux extrémités.

Les pneumonies de l'enfant et du vieillard ne s'accompagnent presque jamais d'herpès.

Les cas les moins graves de pneumonie se caractérisent le plus souvent par une éruption abondante et très marquée. Dans la proportion de 90 %, on ne trouve pas de zona dans les pneumonies graves, qui se terminent par la mort.

L'herpès zoster peut donc, jusqu'à un certain point, permettre de porter un pronostic favorable. (*Richl. Münsch. Med. Woch*, n° 25, 1904.)

Le régime diététique dans la néphrite.

Dans la néphrite aiguë, la diète lactée est rigoureusement indiquée ; elle ne peut être mitigée

qu'après la période d'acuité. Il en est de même pour les phases aiguës des néphrites chroniques, et lorsqu'il y a menace d'urémie.

Le traitement de la néphrite chronique doit toujours commencer par un régime lacté absolu ou lacto-végétarien ; si la quantité d'albumine et de sédiments reste constante pendant un certain temps, on permet au malade, sans aucun danger, un régime plus mitigé, et même l'usage de la viande, qu'elle qu'en soit la variété.

Ces prescriptions s'appliquent à toutes les néphrites chroniques, sauf à la dégénérescence amyloïde des reins, qui demande de plus grandes précautions.

L'œdème et l'ascite ne sont pas des contre-indications pour le régime mitigé, qui cependant ne doit être permis que sous le contrôle rigoureux et constant des sédiments urinaires.

Peu importe que l'on donne des viandes blanches ou des viandes rouges.

Souvent il est avantageux, après un certain temps de régime carné, de faire suivre au malade un régime lacté absolu pendant quelques semaines ; grâce à ce procédé on peut observer une nouvelle diminution de l'albumine.

L'albuminurie est absolument indépendante des albumines ingérées ; parfois, cependant, elle est moins marquée le matin que le soir, après le repas.

Sur le traitement de l'otite moyenne aiguë.

Dans l'otite moyenne aiguë, il faut avant tout commander au malade le repos, et l'abstention de tout travail physique. Quand les douleurs sont peu accentuées, le séjour à la chambre suffit, mais, s'il y a des souffrances violentes, de la fièvre, des signes inflammatoires très marqués du côté du tympan, le patient doit garder le lit.

Au début de la maladie, que le tympan soit ou non perforé spontanément, qu'il ait ou non subi la paracentèse, Heine (*Deutsch. med. Woch.* 1904) recommande les cataplasmes tièdes et même très chauds ; il les applique pendant deux heures consécutives, puis assèche l'oreille, laisse le malade au repos pendant deux autres heures ; ensuite il recommence leur application, mais ne la continue durant la nuit que si les douleurs sont très fortes. On peut indifféremment employer des cataplasmes humides ou secs, (sachets remplis de farine de lin). La chaleur diminue les phénomènes inflammatoires et calme les souffrances.

Chez les gens obèses, dont la tête se congestionne facilement, il est préférable de recourir à une vessie de glace. Mieux vaut ne pas employer de sangsues, ni de vésicants.

La teinture d'iode, la pommade mercurielle, ne donnent aucun résultat. Contre les douleurs il est bon d'instiller dans le conduit auditif externe, soit de la cocaïne, soit de la glycérine phéniquée (10 %).

La paracentèse doit être pratiquée, aussitôt qu'une exagération de courbure partielle ou totale du tympan indique l'accumulation de sécrétions dans l'oreille moyenne, et qu'il y a fièvre et douleurs. Quand cette triade symptomatique n'existe pas, la nécessité d'une intervention sera discutée pour chaque cas, pris en particulier. Si les douleurs sont intenses, si le malade ne dort plus, et si l'apophyse mastoïde est sensible à la pression, la paracentèse doit être immédiatement pratiquée ; il en est de même dans le cas de manifestations méningées.

Quand le tympan est perforé, on enlève les sécrétions au moyen de lavages du conduit auditif, sous pression modérée, à l'eau bouillie ou à l'eau boriquée. On met ensuite une mèche de gaze stérilisée, que l'on change dès qu'elle est imbibée de pus ; celle-ci doit être introduite à pression modérée.

Les phénomènes inflammatoires une fois dissipés, la sécrétion, si elle reste abondante, sera combattue au moyen de lavages à l'eau boriquée, deux ou trois fois par jour. Heine déconseille les insufflations d'acide borique en poudre et les solutions astringentes.

Il ne faut employer la douche aérienne et le cathétérisme de la trompe d'Eustache que si les manifestations inflammatoires de la caisse et du tympan ont disparu, si la suppuration n'existe plus, lorsque l'orifice du tympan s'est obturé, et qu'il subsiste des troubles auditifs, des bourdonnements d'oreille.

Au moment du stade aigu, il est imprudent de pratiquer l'ablation de l'amygdale pharyngienne; on attendra pour cela l'apparition de la phase subaiguë : cette intervention sera indiquée par l'hypertrophie de l'organe et par la persistance prolongée de la suppuration ; cette amygdale possède en effet un rôle de protection, elle empêche les germes pathogènes de pénétrer dans la trompe.

Bref, le traitement de l'otite moyenne aiguë doit avoir pour base le repos complet de l'organe et l'écoulement facile du pus.

HYGIÈNE

Le « Fumigator » vade-mecum du voyageur.

On a dit, à propos des bonnes choses « qu'on y revient toujours » ; ainsi pour le « Fumigator ». Déjà, de nombreuses fois, des confrères autorisés ont, ici même, donné la description de cet appareil, vanté sa puissance antiseptique hors pair, démontré ses avantages au point de vue pratique et économique ; on a dit comment il sort toujours vainqueur des luttes du laboratoire; dernièrement encore, on enregistrait le record détenu par lui, dans la désinfection des grands cubages. Rien, pas même la consécration officielle ne manque donc au « Fumigator » et pourtant des circonstances toutes d'actualité me ramènent à parler de lui, pour dire comment il est *indispensable au voyageur*, pour assainir *rapidement, sûrement*, un local, une chambre, un mobilier.

Voici les vacances. Vous, qui, fuyant l'atmosphère empuantée et torride des rues de Paris, allez chercher au loin l'air de la montagne, ou la brise embaumée de l'Océan, n'oubliez pas, pour votre santé, d'assainir de la manière la plus absolue les locaux qui vont pendant quelque temps remplacer vos lares domestiques.

Dans la chambre d'hôtel du « petit trou pas cher » ou dans la villa des plages à la mode, d'autres, avant vous, auront séjourné, et, à moins que, par chance, vous ne trouviez des logements dont la construction et l'aménagement répon-

dent à ce type idéal rêvé par le Touring-Club, vous courez le risque d'habiter avec une colonie de mauvais voisinage, occupant, sans frais, les tapis, les rideaux, la literie, les linges, les papiers et jusqu'à la poussière du parquet.

Gros ou petits (mites, moustiques, punaises, cafards, bacilles de la tuberculose ou de la diphthérie ou de la fièvre typhoïde, etc.), ces locataires possibles doivent être chassés ou tués *par la désinfection.*

Eh bien ! ne cherchez pas longtemps l'appareil ingénieux qui devra en deux heures seulement, assainir cette chambre, détruire les mauvaises odeurs de tabac, de cuisine, ou autres, chasser les parasites, enfin, répandre partout des vapeurs antiseptiques capables de stériliser les surfaces, les papiers, draps, toiles perméables, donnant la mort à toutes les poussières microbiennes qui pourraient y avoir pénétré.

Cet appareil idéal, vous l'avez *dans la poche*, où il ne tient pas plus de place qu'un paquet de cigarettes ; c'est le « FUMIGATOR », auquel les Anglais qui depuis longtemps déjà nous l'empruntent, ont donné le nom de « VOLCANOFORME. » Le « Fumigator » est, en effet, l'appareil qui, sous la forme la plus simple, permet d'évaporer la plus grande quantité d'aldéhyde formique dans le temps le *plus court*. Il est donc tout désigné pour la désinfection des appartements.

Et combien simple, combien pratique, dans l'emploi !

Suivant la grandeur de la pièce à désinfecter, on y allume une ou plusieurs cartouches qui, en quelques minutes, saturent l'air ambiant de vapeurs microbicides. Et tout est dit.

Le Fumigator comporte à la fois l'appareil et l'antiseptique, et, pour la somme la plus minime il met entre les mains du médecin et du voyageur le moyen le plus commode, le plus efficace et le plus discret d'assurer en tout lieu et à toute heure une désinfection rapide et complète.

Par ce procédé, aucune détérioration n'est à craindre et les locaux soumis à son action sont réhabitables le jour même.

C'est pourquoi le « Fumigator » est digne d'être recommandé et vulgarisé, en ces temps de villégiature. Et nous-mêmes, confrères, voyageurs en santé, si notre bon plaisir ou la préoccupation de notre état physique nous attirent, quelque jour, aux bains de mer, aux eaux, à la montagne, ne perdons pas l'occasion de prêcher d'exemple, tout en accomplissant un acte d'un louable altruisme ; car, protéger sa propre santé, c'est aussi préserver les autres.

Dr G. DUPONT.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le placement, chez le médecin, des convalescents, des débiles et des isolés.

Notre excellent confrère, M. Birabeau, ancien Secrétaire général du Syndicat de la Seine, adressait dernièrement au Président la lettre suivante :

Paris, le 29 mai 1904.

Mon cher Président,

Voudriez-vous soumettre au Conseil d'administration un projet qui peut tout d'abord paraître étrange, mais qui, s'il était développé, pourrait présenter quelques avantages pour le corps médical ?

Avec le concours des Syndicats des grandes villes et de l'Union, il y aurait, je crois, possibilité de le faire aboutir. Il faudrait peut-être même bien peu d'années pour avoir des résultats.

Le projet dont il s'agit consiste à organiser le *placement, chez le médecin,* des *convalescents*, ou des *débiles*, ou même des *isolés* qui ont besoin de la campagne, de la montagne ou de la mer. J'irais même plus loin, en disant qu'un certain nombre de confrères des stations thermales pourraient tirer parti de cette organisation.

Je ne veux pas entrer dans le développement de tous les détails, et me borne à exposer quelques idées qui militent en faveur de mon projet.

Dans les diverses annonces insérées dans les revues médicales, je vois que certains confrères demandent des pensionnaires. Avec les difficultés toujours plus grandes qu'il trouve pour vivre de sa profession, le médecin en arrive de plus en plus à la nécessité de chercher des ressources ailleurs que dans la rédaction de ses ordonnances. La publicité pharmaceutique lui ôtera de plus en plus cette besogne.

Sans chercher à se faire marchand de soupe, hôtelier ou directeur de sanatorium, pourquoi le médecin de campagne ou de petite ville, n'accepterait-il pas la possibilité de diminuer son loyer, de mieux équilibrer son budget, de créer pour lui et sa famille à la fois, une occupation, une distraction parfois, et souvent des relations agréables, en utilisant ses chambres vides et son jardin au profit de deux ou trois pensionnaires ?

Mais ce point de vue n'est pas le seul auquel je veux me placer,

Il vaut mieux envisager le rôle bienfaisant et plus élevé que le médecin pourrait remplir en aidant ainsi à l'amélioration physique et morale de beaucoup de personnes pour qui la vie d'hôtel ne vaut pas la table et le foyer du praticien.

De son côté, le médecin des grands centres a bien souvent l'occasion, pour des enfants aussi bien que pour des adultes, de prescrire le séjour à la montagne ou à la mer. Il borne là son rôle et est embarrassé pour indiquer à la famille, qui ne peut se déplacer tout entière pour différentes raisons, les moyens de réaliser pratiquement, avec économie et en sûreté, le placement de la personne qui a besoin du grand air et d'une surveillance éclairée. Les familles dont l'inquiétude serait ainsi dissipée seraient, j'en suis sûr, facilement disposées à accepter cette combinaison si les conditions étaient moins onéreuses que celles des maisons de santé.

Il suffit pour cela qu'une entente s'établisse entre les médecins, qu'un courant d'opinion prenne naissance et que l'idée de cette organisation soit soumise aux réflexions de chacun.

Le Syndicat des Médecins de la Seine me paraît désigné en premier pour ajouter cette œuvre à celles qu'il a déjà créées, en servant d'intermédiaire aux confrères qui seraient disposés à accepter des pensionnaires. Il pourrait en établir la liste et engager ses adhérents à user le plus possible de leur influence sur leurs clients pour leur faire ressortir tous les avantages du placement que je propose.

Si le Conseil estime que ce projet est réalisable et susceptible de prendre un développement, je

le prie d'accorder à ma lettre la publicité du *Bulletin*, car il faut avant tout que chacun de nous y pense et en parle pour le faire connaître.

Pour commencer la liste, je connais un confrère, à Royan (Charente-Inférieure), père de famille et très honorable, qui demande deux ou trois pensionnaires pour la saison des bains de mer ou à l'année. Je serai heureux de donner son nom et les renseignements, si on me les demande.

Veuillez agréer, mon cher Président et ami, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Birabeau.

Le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine adopta le projet de M. Birabeau et décida sa mise en pratique immédiate après entente pour l'exécution avec l'Union des Syndicats médicaux de France,

Celle-ci, à son tour, s'en est occupée dans la dernière réunion du Conseil.

Nous tenons à dire que le Concours médical, depuis longtemps acquis à cette idée, puisqu'il la pratique, appuyera de toutes ses forces la généralisation proposée par M. le Dr Birabeau.

La question des agrégés de la Faculté de médecine.

M. le Dr Cazeneuve, député de Lyon et professeur agrégé de la Faculté de médecine de cette ville, adresse une lettre à M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique, réclamant : 1o la pérennité des fonctions des agrégés ; 2o la réunion d'urgence de la commission constituée en vue de réformer l'agrégation des Facultés de médecine.

A la page 229 du *Journal* des Goncourt, je lis ceci : « Il (le Dr Michaut) cause médecine, dit qu'en France un médecin est obligé de faire de la clientèle pour vivre, tandis qu'en Allemagne, le médecin a un traitement qui lui permet de rester au laboratoire, et laisse un professeur d'anatomie pathologique tout à ses dissections et à ses travaux micrographiques. » (29 mai 1894).

Toute la question et la *seule question* a toujours été là : permettre aux médecins qui veulent faire de la science, de l'enseignement, de s'y consacrer uniquement, exclusivement, et laisser la clientèle à ceux qui veulent faire de la clientèle.

Si les agrégés veulent professer, qu'on les oblige à faire des cours *pratiques*, *utiles*, payés par les élèves qui y viendront s'ils y apprennent leur métier et qui payeront pour l'apprendre. Qu'on les oblige aussi à s'engager à ne point *exercer la médecine*.

Un médecin ne peut pas vivre avec un traitement de *4 000 francs*, mais il est obligé de se servir de son titre de professeur pour exiger de ses clients des *honoraires supérieurs* à ceux des praticiens ordinaires.

La raison invoquée est celle-ci : « Appeler à son « chevet des hommes qui furent triés par le con- « cours, ou par des études spéciales, pour s'adonner « aux recherches scientifiques et à l'enseignement « plutôt qu'à la pratique ordinaire de la médecine, « c'est *s'accorder un luxe* que la société doit faire « payer cher aux particuliers, puisqu'il est *nuisible* « *à la masse*. »

Le procédé d'appeler des agrégés, des professeurs dans la pratique médicale est donc *nuisible* à la masse. Cela doit suffire pour en défendre l'usage.

Il ne viendra l'idée à aucun professeur de la faculté de droit d'ouvrir un cabinet de consultation. Il est courant de voir les professeurs de médecine tenir des cabinets de consultation.

Pourquoi ?

Parce que le titre d'agrégé n'étant pas rétribué à sa valeur, l'agrégé l'emploie à surenchérir le taux de ses visites et de ses consultations.

Il est urgent non pas de rendre les agrégés praticiens et agrégés à *perpétuité*, comme le veut M. Cazeneuve, mais de séparer les praticiens des professeurs, les savants des cliniciens,

Il est parfaitement grotesque de voir un professeur d'histologie, un professeur d'anatomie pathologique, un professeur de médecine légale, etc., répandu en clientèle.

Nous sommes seuls à ne pas comprendre tout le ridicule de cet abus.

M. Bougeureau, M. Puvis de Chavannes, M. Rochegrosse ne peignent pas *d'enseignes commerciales*.

M. Rostand, M. Sardou, M. Paul Adam, ne rédigent pas de prospectus pour les grands magasins.

Et cependant nos professeurs nous font concurrence sur le terrain médical !

Il n'y a qu'en France que cette anomalie existe et elle ne contribue pas peu au discrédit dans lequel est tombé tout le corps médical français.

Dr Michaut.

N. D. L. R. — La phrase de cet article qui est placée entre guillemets a été empruntée au Tarif du Concours médical, dit Tarif Jeanne. Nous sommes heureux de voir notre opinion appuyée par la plume d'un logicien comme M. le Dr Michaut. (*Journal de médecine de Paris.*)

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MEDECINE

Le Congrès de 1905.

Dans un précédent article, nous adressions un pressant appel aux médecins et leur demandions de coopérer à l'œuvre du Congrès pour la répression de l'exercice illégal, en nous envoyant les documents de toute sorte qu'ils pourraient réunir. Nous n'osons pas avouer le peu d'empressement que l'on met à répondre à notre appel, ni le peu de faits précis qui nous parviennent. Est-il donc besoin d'insister, de répéter aux médecins que l'exercice illégal, avec les proportions qu'il prend actuellement, constitue pour eux dans l'avenir une question de vie ou de mort ?

Est-il donc besoin de leur prouver que le charlatanisme acquiert un fabuleux développement, qu'il les enveloppe de tous côtés d'un filet aux mailles de jour en jour plus serrées parce que plus audacieuses, et que les réclames pharmaceutiques ne tendent rien moins qu'à la suppression du médecin et à son remplacement par des distributeurs automatiques de spécialités coûteuses plus ou moins agissantes ?

Puisqu'il est des confrères à qui la lutte ne

fait pas peur, qui ont résolu de s'attaquer aux charlatans de la médecine, de donner la chasse à tous les forbans qui déshonorent la profession médicale, puisqu'un congrès pour la répression de l'exercice illégal se prépare, il est du devoir de tous les médecins. de ne pas se désintéresser de cette question et de concourir de tous leurs moyens à la réussite de ce congrès.

Il est parfaitement possible de mettre un terme aux prétentions des guérisseurs, et de faire condamner et disparaître les vendeurs de ceintures, les directeurs d'institut, les magnétiseurs et les somnambules qui attentent journellement à la santé publique et portent au corps médical un si grand préjudice. Pour atteindre ce but, il est nécessaire de transformer l'opinion et le jugement des magistrats habitués à considérer l'exercice illégal comme un écart, non comme un délit, et de réveiller leur conscience qui sommeille. Quelques juges d'instruction commencent d'ailleurs à s'émouvoir des réclames éhontées des journaux. Mais quand il est question de poursuites, les parquets répondent invariablement : Nous manquons d'éléments... Fournissez-nous des documents !

Le but du prochain Congrès est justement d'accumuler tous les faits d'exercice illégal et de charlatanisme que nous pourrons connaître, et de jeter un beau jour tout ce monstrueux et nauséabond bagage aux pieds des magistrats, en essayant de leur montrer, par tout ce luxe de preuves, toutes les escroqueries, tous les abus de confiance, tous les actes de banditisme, qu'au nom de la Liberté et du Droit, ils ont jusqu'à ce jour et sans s'en douter, ouvertement protégés.

Aussi, quitte à passer pour un ennuyeux radoteur, sommes-nous décidé, pendant tout le temps nécessaire, à répéter la même chose à tous les médecins de France et de Navarre et à les prier de nous consacrer un peu de leur temps pour nous faire parvenir, avec leurs observations personnelles et leurs conseils, tous les faits de nature à intéresser l'œuvre de défense professionnelle que nous poursuivons. L'indifférence nonchalante dont semblent se cuirasser les médecins à l'heure présente ressemble fort à ces planches de vieux chêne dans lesquelles on essaye en vain d'enfoncer un clou. La première fois, le clou se brise. Mais avec un peu de patience et des efforts réitérés on pénètre au cœur même du bois. Nous rêvons de pénétrer cette cuirasse d'égoïsme qui fait dire aux médecins : « *Ça durera bien autant que moi.* » Nous aurons la patience et la persévérance nécessaires pour frapper sur notre clou, certain d'avance du résultat, si nous parvenons à l'enfoncer, à faire sortir les médecins de leur étonnante torpeur et de leur résignation à un état de choses désastreux pour leurs intérêts, mais qu'ils acceptent cependant sans murmurer.

D[r] G. Saint-Aurens.

N. B.—Nous publierons samedi prochain la liste des rapporteurs du Congrès, ainsi que les sujets traités. Nous prions de continuer à envoyer tous documents au Docteur Saint-Aurens, 14, rue d'Abbeville, Paris — qui les fera parvenir aux différents intéressés.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat Médical de Mortagne

Séance du jeudi 1[er] octobre 1903, à Laigle A la mairie.

Présidence de M. le D[r] Levassort

Sont présents : MM. G. Levassort, président ; Chamousset, secrétaire; Aury, trésorier; Bellier, Bouteiller fils, Brisard, Clupot. Descuyper, Jamin, Leroux, Martelli, Smizielski.

Excusés : MM. Bouteiller. père, vice-président, Crosnier, Garnier. Mahé, Pinoche.

Absent : M. Boutron.

Le compte rendu de la dernière séance est lu et adopté.

Le D[r] Aury, trésorier, présente l'état de la caisse en tous ses détails, qui se résument ainsi le 30 septembre 1903.

Avoir........................	451.63
Dépenses.....................	399.55
Excédent......	52.08

La Société possède en outre, un livret de caisse d'épargne de 1.131 fr. 07.

Le Président donne ensuite lecture de la lettre suivante qu'il a adressée au D[r] X..., du X.., pour lui faire retirer sa démission.

Mortagne, le 24 mai 1904,

Mon cher confrère,

J'ai donné lecture au Syndicat de la lettre de démission que vous m'avez écrite et je dois dire que, sur ma proposition, votre démission n'a pas été acceptée et que j'ai été chargé de vous écrire et de vous ramener au bercail dont vous avez fait partie si peu de temps que vous n'avez pu en apprécier toutes les joies.

Comme vous devez le penser, on s'est immédiatement demandé quel pouvait bien être le confrère — que vous auriez dû nommer — qui, présent à la réunion, aurait voté pour vous — puisque vous avez été accepté à l'unanimité — et qui, depuis, se serait conduit incorrectement à votre égard. Et nous n'avons pas trouvé ! Le confrère M. nous a carrément dit que s'il eût été présent à la dernière réunion, il se fût abstenu à cause de la tension des rapports existant entre vous deux, mais qu'il n'eût pas voté contre. Votre élection n'a d'ailleurs donné lieu à aucune attaque contre vous.

Nous avons fait remarquer que les difficultés que vous pouviez avoir avec un confrère constituaient une raison de plus pour venir au Syndicat. C'est en effet le principal objectif du Syndicat de maintenir la bonne harmonie entre tous les confrères et de faciliter les rapprochements au cas où elle aurait cessé d'exister. A l'issue des dernières réunions nous avons eu le plaisir de remettre deux confrères qui, au début de la réunion, ont commencé par se dire des sottises et qui, à la fin, se sont cordialement donné la main.

Considérez que, la plupart du temps, les difficultés entre confrères ne sont que des malentendus, le résultat de racontars de gens qui sont enchantés de marquer les coups et de profiter de l'inimitié qu'ils ont fait naître et qu'ils entretiennent avec soin.

Enfin, mon cher confrère, l'isolement ne vaut jamais rien. Vous aurez beau vous draper dans votre indépendance et avoir toujours le glaive à la main,

c'est une attitude qu'on ne tient pas longtemps seul, tandis que les confrères, si vous avez pour vous le bon droit,n'hésiteraient pas à se mettre de votre côté et, par des observations amicales, à ramener votre adversaire à une conduite plus correcte. On évite les coups de tête, on amortit les chocs, car c'est incroyable ce que les médecins sont chatouilleux et bouillants *entre eux*.

Nous vous avons reçu à bras ouverts et vous nous faussez comme cela compagnie ! Non, mon cher Confrère, vous avez été un peu vite et nous ne croyons pas à un mouvement qui a certainement été un peu irréfléchi.

Nous vous attendons donc à la prochaine réunion et si vous avez quelque compte à régler, nous réglerons tout cela ensemble. Nous laverons notre linge sale *en famille*. Si les bons comptes font les bons amis, les explications bien franches les font aussi.

Bien cordialement à vous.

Dr Levassort.

X...., le 29 septembre 1903.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous confirmer ma lettre de démission de membre du Syndicat médical,que je vous ai envoyée au mois de mai.

Je tiens à conserver mon entière liberté, et je n'ai pas un esprit de soumission capable de me faire accepter les décisions prises par un aréopage médical.

Je suis très touché de votre démarche, Monsieur le Président et je vous en remercie, mais je tiens absolument à garder mon indépendance.

Veuillez agréer, Monsieur le Président,l'assurance de mes meilleurs sentiments (1). Dr X.

En conséquence, la démission du Dr X... est acceptée.

Le Dr S..., de Tourouvre, fait ensuite un récit humoristique d'une consultation qu'il a eue chez un client avec un confrère du Syndicat.

On passe ensuite à l'ordre du jour.

La discussion qui a lieu au sujet de l'attitude à tenir vis-à-vis des compagnies d'assurances-accidents montre qu'il est bien difficile d'obtenir de tous les confrères une attitude semblable. *Les uns se trouvent très suffisamment rémunérés en touchant 3 francs par certificat et par les tarifs que leur offrent les compagnies, comparant ces tarifs à ce qu'ils toucheraient s'ils avaient affaire aux ouvriers.*

On leur objecte que les patrons eux-mêmes sont assurés contre les accidents et que le tarif est le même pour ces derniers que pour les ouvriers, qu'on ne peut admettre que le blessé soit enchaîné à un médecin et qu'il y a lieu d'appliquer dans ces cas les mêmes principes de liberté que nous avons soutenus — avec succès d'ailleurs — pour les indigents ; qu'enfin, nous n'avons pas de motifs pour faire aux sociétés de ce genre qui ne sont que des sociétés financières, des concessions destinées seulement à grossir les dividendes de leurs actionnaires.

Dans cette discussion chacun se place à son point de vue personnel, raconte ce qu'il fait, en ayant l'air très satisfait et par conséquent peu disposé à changer sa manière d'agir. M. le Président fait remarquer qu'on oublie trop de discuter *ce qui doit se faire* et de chercher à y conformer sa conduite.

Les compagnies qui craignent avant tout l'accord des médecins entre eux ont parfois recours à des procédés qui tiennent plutôt du vaudeville que des affaires.

Exemple cette aventure arrivée à nos confrères de Mortagne.

Un inspecteur se présente chez l'un d'entre eux pour lui faire signer un engagement dont les conditions lui paraissent acceptables, mais qui mentionnait en plus une adhésion comme participant. L'agent certifie à ce médecin que les deux autres confrères ont déjà donné leur signature et leur adhésion. Il se décide à donner la sienne ; puis, notre agent se rend chez un deuxième médecin, lui raconte le même boniment et arrive au même résultat, c'est-à-dire obtient la signature. Mais le troisième, plus défiant, vient demander aux deux confrères si réellement ils avaient donné leur signature. On lui répondit qu'en effet, sur l'assurance que lui-même avait signé le premier, les deux autres avaient suivi.

Tête des trois confrères.

A propos du service de la protection des enfants du premier âge, le Dr Chamousset donne lecture d'un passage du *Bulletin de l'Association des médecins de l'Orne*, relatif à une spoliation arbitraire dont il a été victime au profit du Dr L.

Le Dr L. Labbé, président de cette association, avait promis d'intervenir auprès de M. le Préfet pour lui obtenir une compensation. Le Dr Chamousset est heureux d'apprendre à ses confrères que, grâce à l'intervention de notre sympathique et dévoué confrère, sénateur de l'Orne, la compensation lui a été accordée.

Le Président donne lecture de la lettre de démission de M. le Dr L.

Tous les membres présents estiment qu'avant de statuer sur la démission de notre confrère, il est indispensable de lui demander quelques explications.

La solution de cette affaire est renvoyée à la réunion prochaine du Syndicat, le 1er mai 1904.

Un membre regrette que le rapport sur l'application du service de la protection des enfants du premier âge dans l'Orne n'ait pas été publié.

Il ne peut être donné, pour le moment, satisfaction à notre confrère, on verra plus tard.

La séance est levée. On se rend à l'*Hôtel du Dauphin* pour le banquet traditionnel.

Le Secrétaire,

Dr A. Chamousset.

Syndicat des médecins de la Seine.

Extrait du procès-verbal de la séance du 6 juin 1904.

Présidence de M. Séailles, Président.

Certificats délivrés à l'hôpital à des compagnies d'assurances, en dehors des blessés

M. Levassort.— Je vous apporte aujourd'hui la preuve de ce que j'avais avancé à notre dernière séance ; on délivre dans les hôpitaux aux Compagnies d'assurance des renseignements confidentiels sans en donner connaissance aux blessés.

Voici une assignation adressée à un blessé par son patron. J'y lis : « Attendu que deux certificats délivrés par le Dr X constatent que D.. est atteint de tuberculose osseuse.» Le fait est, paraît-il, exact,

(1) N. D. L. R. — L'air connu de l'indépendance .... vis-à-vis des confrères.

mais le malade l'ignorait. A aucun moment, on ne lui a communiqué les pièces sur lesquelles s'est basé le patron pour refuser, justement d'ailleurs, le paiement de l'indemnité.

A la vérité, dans le cas présent, ce n'est pas le médecin qui a fait et délivré les certificats, mais le directeur de l'hôpital; il a donné des certificats de séjour à la Compagnie d'assurance avec l'indication du diagnostic ; à mon sens, il est sorti de son rôle.

Il ne devait pas, en dehors de l'intéressé, donner des certificats de séjour avec le diagnostic ; car ce sont ces bulletins de séjour sur lesquels se fondent aujourd'hui le patron et la Compagnie pour plaider.

M. Séailles.—Je ne crois pas que ces agissements soient réguliers, ni même légaux ; un directeur d'hôpital n'a pas le droit, il me semble, de délivrer même un simple constat de séjour à un autre que le malade qui en est l'ojet ; *a fortiori*, ne doit-il pas communiquer le diagnostic.

M. Rotillon s'engage à saisir le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, dont il est membre, de cette question.

M. Regeard. — Le médecin traitant seul a le droit de communiquer son diagnostic et encore au malade seul.

M. Pédebidou. — Dans certains cas, selon moi, le directeur d'hôpital peut, sur la demande du malade, lui délivrer une attestation constatant qu'il a séjourné dans son hôpital ; mais il lui est interdit de mentionner sur cette pièce un diagnostic quelconque : il n'est pas médecin. Toutefois, s'il a affaire à un magistrat revêtu d'une parcelle de l'autorité publique, les mêmes restrictions n'existent pas ; néanmoins, même dans ce cas, il ne doit pas dévoiler la nature de la maladie qui a été traitée.

Par conséquent, ici, le directeur a sûrement outrepassé ses droits ; même sur la réquisition d'un juge, il ne devait pas communiquer le diagnostic.

M. Séailles. — M. Rotillon voudra donc bien demander au Conseil de surveillance que, dorénavant, les directeurs d'hôpitaux se contentent de délivrer des certificats d'entrée et de sortie sans diagnostic, et réclamer l'envoi d'une circulaire dans ce sens.

Les passe-droits traditionnels en faveur des médecins étrangers.

M. Noir.— Vous savez que dans le *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux*, j'ai traité à plusieurs reprises des agissements des médecins étrangers qui viennent à Paris exercer d'une façon habituelle et régulière.

J'avais pensé qu'une telle tolérance du Gouvernement et du corps médical nous vaudrait par delà les frontières une certaine réciprocité, et j'avais écrit au maire de la ville de Lausanne pour le prier de m'autoriser à aller donner là-bas des consultations comme ses concitoyens le font à Paris.

Le premier magistrat de Lausanne ne semble point professer sur ce point les mêmes sentiments d'aimable indifférence que nos ministres ou nos administrateurs compétents ; car il m'a répondu que, pour exercer en Suisse, il faut, au préalable, s'assurer la possession du diplôme fédéral. C'est là une formalité un peu longue ; je ne me soucie pas de recommencer mes études médicales, même au riant pays de Vaud et j'ai dû abandonner un projet, purement fantaisiste, d'ailleurs ; car, comme vous l'avez compris, je tenais simplement, par une pièce officielle, à préciser le débat.

Pour venir à Paris, capitale d'un grand pays, ville de trois millions d'âmes, donner de lucratives consultations, il suffit d'un billet circulaire ; pour le faire à Lausanne, chef-lieu d'un canton suisse, et de 35.000 âmes, il faut un diplôme d'État.

Aujourd'hui, je viens, au sujet des privilèges dont jouissent chez nous les médecins étrangers, vous entretenir d'un fait récent et certain.

Deux étudiants étrangers ont récemment été admis à passer leurs examens à Paris, sans réunir les conditions de scolarité et d'équivalence exigées par les règlements et les décrets.

Je demande qu'au nom du Syndicat, une démarche soit faite à ce sujet auprès des pouvoirs compétents, et notamment auprès du groupe médical parlementaire, dont nous avons souvent éprouvé l'obligeance et l'influence. (*Adopté*.)

REPORTAGE MÉDICAL

L'acquittement des huîtres. — On se rappelle le procès intenté à la consommation des huîtres au cours des années dernières, notamment au sujet de la transmission de quelques maladies, dont la fièvre typhoïde.

Ce procès vient d'être révisé à fond et M. Alfred Girard, membre de l'Institut, rapporteur de la commission nommée à cet effet, nous apporte les conclusions suivantes, qui nous rassureront, à moitié, espérons-le.

1° L'huître, dans ses conditions normales d'existence, n'est malsaine en aucune saison (pas même à l'époque du frai) ;

2° Les maladies microbiennes de l'huître ne sont pas transmissibles à l'homme. Ces maladies sont rares, d'ailleurs, et inconnues dans la plupart de nos établissements ostréicoles :

4° Les huîtres draguées au large et sur les bancs naturels sont à l'abri de toute contamination. Elles peuvent dans certains cas, devenir impropres à la consommation, mais ne constituent pas un danger pour la santé publique ;

4° La transmission du bacille d'Eberth (bacille de la fièvre typhoïde), par les huîtres, est chose possible ; mais les cas bien démontrés sont excessivement rares. Ils exigent un concours de circonstances tout à fait exceptionnel ;

5° Les établissements de production de naissain, par leur nature même, sont à l'abri de toute suspicion;

6° Il convient de distinguer parmi les parcs : 1° les parcs d'étalage ; 2° les parcs d'engraissement ; les parcs d'expédition ;

7° Les parcs d'étalage sont peu nombreux et faciles à surveiller et à déplacer au cas où ils pourraient devenir insalubres. On n'a pu, d'ailleurs, les incriminer sérieusement ;

8° Les parcs d'engraissement, pour remplir le but que se propose l'ostréiculteur, doivent être placés dans des conditions parfois suspectes en apparence mais qui excluent forcément une contamination permanente ;

9° Les parcs d'expédition seuls exigent une surveillance très active. Cette surveillance doit s'exercer également dans les dépôts transitoires des bassins des ports où les huîtres séjournent souvent avant leur transport dans les gares ;

10° Toute surveillance des parcs serait illusoire si elle n'était suivie d'une surveillance beaucoup

plus nécessaire des huîtres mises en réserve chez les marchands en détail, les restaurateurs, les vendeurs sur la voie publique, etc...

Il convient de rappeler au public que dans beaucoup de petites stations balnéaires du littoral où l'on a attribué aux huîtres des endémies d'affections typhoïdiennes, les sources d'infection sont nombreuses, surtout à la fin de la saison des bains qui coïncide justement avec la reprise de la consommation. Les eaux de sources sont souvent suspectes, les égouts nuls ou mal entretenus. L'hygiène de la plupart de nos petits ports est tout à fait déplorable, et c'est de ce côté qu'il convient d'attirer l'attention au lieu de prendre comme bouc émissaire une industrie nationale très intéressante et digne de tous les encouragements.

Comme sanction pratique de ces conclusions, le comité consultatif des pêches maritimes exprime le vœu que M. le ministre de la marine envoie M. l'inspecteur général des pêches maritimes sur les différents points où se trouvent des établissements ostréicoles de toute nature : 1° afin de constater les améliorations apportées en ces dernières années aux conditions d'hygiène dans lesquelles se trouvent ces établissements ; 2° afin d'examiner les mesures de toutes sortes (expériences scientifiques ou sanctions administratives) qu'il conviendrait de provoquer s'il y a lieu, pour mettre notre industrie ostréicole à l'abri de toute critique au point de vue hygiénique.

Le comité consultatif exprime également le vœu que M. le ministre de l'intérieur veuille bien prescrire des mesures de police très sévères en ce qui concerne la vente des huîtres en détail.

La crise médicale. — Le Dr Armand Lévy vient de présenter au Syndicat des médecins de la Seine son rapport sur la *Crise médicale* et les moyens qu'il propose pour l'amoindrir. Vaste sujet d'ailleurs connu.

Causes. — 1° Les *annonces* des journaux quotidiens, qui préconisent non un médicament, mais une médication contre telle maladie dont on décrit les symptômes, et qui sont une vraie consultation écrite ; 2° la consultation du pharmacien ; 3° les *Hôpitaux* qui soignent les riches, clientèle détournée aux médecins ; 4° les *Cliniques* et 5° les *Mutualités*.

Et il dépose les propositions suivantes :

Remèdes : 1° Que le Syndicat poursuive devant les tribunaux les auteurs des cas d'exercice illégal.

2° Qu'il mette le public en garde contre l'erreur qu'il commet en consultant un pharmacien sans qualité ni diplôme :

3° Que les hôpitaux redoublent de soins pour ne recevoir que les vrais indigents ;

4° Que les cliniques fassent de même ;

5° Que le Syndicat déclare qu'il y a lieu d'obtenir la modification d'accord des soins médicaux mutualistes, soit par la suppression du service médical gratuit, soit en fixant les honoraires médicaux d'après la situation du mutualiste, afin que celui-ci paie selon ses moyens.

Nous ne croyons pas que le Syndicat en ait encore délibéré.

Les instituteurs algériens et les médecins de colonisation. — La plupart des journaux de médecine viennent de découper avec stupéfaction les passages d'un rapport du Recteur de l'Académie d'Alger où se trouvent complaisamment relevés les actes d'exercice illégal des instituteurs ; on en voit qui d'octobre à janvier ont soigné 293 malades non compris les élèves des classes !!

Le ton de ce rapport n'appelle que des éloges et des médailles pour ces confrères de la main gauche.

Au lieu de s'extasier, ne vaudrait-il pas mieux s'inspirer du bon sens et assurer à ces populations musulmanes des soins vraiment médicaux ? Est-il possible que le passage des ciels du Pas-de-Calais au grand soleil d'Afrique donne au gouverneur de l'Algerie une telle mentalité qu'il en soit à tolérer de pareilles énormités ?

BIBLIOGRAPHIE

Viennent de paraître :

1° Les charlatans de la médecine. — M. Saint-Aurens terminait ses études et rêvait d'une thèse sur l'exercice illégal de la médecine, au moment même où l'Union des Syndicats décidait l'organisation de son Congrès. Notre jeune et distingué confrère avait déjà recueilli une documentation abondante ; la commission organisatrice l'adjoignit à son secrétariat ; il y put encore glaner à son aise. Résultats : 1° la constitution du dossier de l'exercice illégal tel que nous le réclamions depuis des années pour le mettre sous les yeux systématiquement clos de la magistrature ; 2° une thèse, ou plutôt un livre, précédé d'une préface de M. le Dr Maxwel, avocat général à Bordeaux, livre qui contient tout le cadre des travaux du futur congrès et guidera ceux qui ont à y apporter leur contribution.

Nous nous sommes empressés de confier à ce collaborateur si bien préparé la rubrique « Exercice illégal » récemment ouverte dans ce journal. Quand nos lecteurs auront dévoré le livre du Dr Saint-Aurens, ils seront en communion d'idées avec lui pour la chasse au « Requin médical », nom de baptême générique qu'il applique au charlatanisme protéiforme.

Prix du volume, in-12, 246 pages, 3 fr. 50 franco.

Adrssser les demandes au bureau du Concours.

2° Les Syndicats médicaux. — L'étude de M. Goret a un caractère judirique général et social qu'il importait de faire ressortir pour les médecins syndiqués, qui, disons le mot, faisaient souvent du syndicat comme M. Jourdain faisait de la prose. Elle a été écrite pour la Faculté de droit, c'est-à-dire sans enthousiasme de parti pris, par un observateur impartial qui raconte, analyse, constate et conclut en se tenant à l'écart d'emballements que nos ardeurs professionnelles auraient peut-être provoqués. On n'en éprouve qu'une satisfaction plus vive à voir l'auteur conduit à approuver tous nos efforts, applaudir aux résultats obtenus, et déclarer légitimes toutes nos espérances.

3° Les médecins et la mutualité.— Plus pratique encore, plus indispensable à chacun de nous, la thèse-document que nous devons à notre jeune camarade, le Dr Pierre Darin, fils du Dr Darin (de Chaville), l'un des présidents du Syndicat de l'arrondissement de Versailles. Pupille lui-même de cet actif Syndicat, M. Pierre Darin a connu, suivi, vécu avec son père tous nos efforts faits depuis quinze ans pour assurer à la mutualité le plus cordial concours des médecins, mais à condition que nulle atteinte ne fût portée à l'indépendance et aux intérêts vitaux de notre profession. Il a retracé tout cela avec clarté, avec méthode, épuisant le sujet, signalant toutes les solutions, appréciant toutes propositions *même les plus actuelles*. Nos confrères, n'auront qu'à lire « *La Mutualité et les médecins* ». de Pierre Darin, pour reconnaître qu'on a tort d'accuser les médecins de ne pas posséder ce sujet-là, et que, dans tous les cas, ils auront désormais un Manuel à leur disposition, un document capital donnant toute compétence pour les prochaines discussions.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Fourrière, de Paris, membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année | N° 33 | 13 AOUT 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Genèse et conséquence de l'amendement Gourju.

Des confrères ont pu croire que les Conseils du Concours, de l Union des Syndicats, et, plus tard, de l'Association générale, ne s'étaient pas rendu un compte exact de la situation créée à notre article 4 de la loi-accidents par l'amendement Gourju. Rectifions leur erreur.

Depuis plusieurs mois, le Concours était informé de la façon la plus certaine que le Gouvernement souhaitait un tarif *unique* pour les accidents du travail.

D'autre part, le *Propos du jour* du numéro 24 du *Concours Médical* (4 juin 1904) était notre réponse publique à une proposition discrète, mais directe, des Compagnies d'assurances, qui se résumait ainsi :

« *Nous allons accepter officiellement le Tarif Jeanne et en informer la Commission du Sénat si vous nous sacrifiez votre intransigeance sur la liberté du choix du médecin garantie au blessé.* »

Nous n'avons pas voulu, nous, Conseil de Direction du Concours, sacrifier à l'intérêt purement pécuniaire du Corps médical la liberté sacrée de nos blessés. C'est de cela que nous sommes punis, et tous les médecins s'enorgueilliront de ce qu'il n'ait pas été signé, pour ainsi dire en leur nom, une capitulation pareille.

Chers confrères, il fallait que vous sachiez cela au moment de prendre vos résolutions viriles : le Conseil de Direction du Concours médical n'a pas le droit de le taire.

Une lettre, qui nous est adressée par un sénateur médecin, nous prouve que nous avons vu juste en vous demandant une concession : l'accord sur un tarif *unique*.

Nous répondons donc dès aujourd'hui (chronique professionnelle) à l'appel de notre confrère, comme le fait, dans son *Bulletin*, notre vaillante Union des Syndicats médicaux.

Que les réponses au referendum arrivent à la rue de Dunkerque ou à la rue Serpente, elles seront, de suite centralisées au secrétariat de l'Union. Là, sera menée rapidement la rédaction unique; puis, à la rentrée, nos défenseurs au Sénat se présenteront le Tarif ouvrier en main, en disant: « Son adoption s'impose désormais, précisément parce qu'il est la garantie pratique de la liberté du blessé dans le choix de son médecin. »

Il sera curieux de voir ce que répondront tous ceux qui se réclament de la liberté et de la doctrine républicaine.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le sérum gélatiné.

Le retour offensif des communications de M. Lancereaux à l'Académie, sur l action des solutions gélatinées, dans les cas d'anévrysmes et d'hémorrhagies, a, de nouveau, ramené sur le tapis la question du mécanisme de cette action. M. le Dr GLEY a étudié avec M. Richaud ce mécanisme et ses recherches l'ont conduit à attribuer cette action à la présence, dans la gélatine, de petites quantités de chlorure de calcium.

Voici les propres paroles de M. Gley : « D'après M. le professeur Lancereaux, les quantités de chlorure de calcium contenues dans la gélatine sont insuffisantes pour produire les phéno-

mènes qu'il observe. Nous avons justement démontré que ce sont les doses faibles de chlorure de calcium, qui augmentent la coagulabilité du sang ; les doses fortes sont inefficaces ou ont l'effet inverse. Je rappellerai que, pour un autre phénomène de coagulation par fermentation, la coagulation du lait, la chaux agit aussi de la même façon, à petite dose.

Que si M. Lancereaux veut examiner le mode d'action de la gélatine, il sera évidemment amené à traiter ses malades, d'une part, avec des injections de chlorure de calcium en quantités équivalentes à celles que l'on trouve dans la gélatine et, d'autre part, avec des injections de gélatine décalcifiée.

« Que si l'on croit, malgré nos expériences, que la gélatine possède un pouvoir coagulant propre, indépendamment de tous éléments étrangers qu'elle contient, il faudrait alors instituer des recherches dans le but de vérifier les expériences de L. Moll. Moll pense avoir démontré que les injections sous-cutanées de gélatine, chez le lapin et chez le chien, amènent une augmentation de la matière fibrinogène du sang, comme d'ailleurs les injections des albumines naturelles et des peptones commerciales ; par suite de cette plus grande proportion du fibrinogène dans le sang, survenant dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection, la coagulabilité de ce liquide augmenterait. Nous avons déjà émis quelques réserves à l'encontre de cette idée. Quoi qu'il en soit, il y a là une voie dans laquelle on pourrait du moins chercher.

« En tout cas, dès maintenant, on voit que la gélatine, si l'on était amené à lui restituer un pouvoir coagulant propre, ne saurait être considérée comme une substance coagulante *directe*, agissant directement sur un des facteurs de la coagulation, mais comme une substance coagulante *indirecte*. »

Collodion à l'antipyrine.

M. le Dr Terson rapporte, dans la *Clinique Ophtalmologique*, qu'il utilise avec avantage les propriétés hémostatiques de l'antipyrine dans les lésions opératoires ou traumatiques de l'œil ou d'autres régions. On emploie une solution concentrée (il faut au moins 1/3 d'antipyrine), préparée extemporanément dans une cuiller à café d'eau bouillante. Très utile par exemple après les piqûres de sangsues, cette solution peut servir dans beaucoup de lésions oculaires. Son défaut est de provoquer une assez vive cuisson de l'œil.

Mais M. Terson utilise encore une préparation nouvelle : c'est le *collodion à l'antipyrine*. Il fait dissoudre l'antipyrine dans le collodion où sa solubilité est assez marquée pour que 8 grammes de collodion dissolvent au moins 2 grammes d'antipyrine.

Ce collodion peut servir dans les cas où le collodion ordinaire est employé (petites blessures, obturation de petites incisions, etc.).

Il serait également recommandable dans d'autres cas où on a employé divers collodions médicamenteux à l'ichtyol, au sublimé, etc., etc., les verrues, diverses autres affections et surtout les petits *nævi*, où l'on sait que bien des auteurs ont obtenu de nombreux succès par de simples badigeonnages répétés prudemment jusqu'à escharification. Les injections interstitielles d'une solution hémostatique d'antipyrine dans les angiomes sont extrêmement logiques ; toutefois, elles sont évidemment passibles des objections et des accidents qui ont quelquefois suivi les autres injections sous-cutanées d'antipyrine, tandis que le collodion est sans inconvénient.

La stovaïne.

La cocaïne sera-t-elle détrônée par la stovaïne ? Ce nouveau médicament est déjà très en vogue, comme anesthésique local, et déjà l'on vante partout ses innombrables qualités. En présence des risques sérieux que peut toujours présenter l'emploi mal étudié d'une substance nouvelle quelle qu'elle soit, M. Pouchet vient de commencer des recherches sérieuses sur la stovaïne et il les a communiquées à l'Académie

La stovaïne, ou chlorhydrate de l'éther benzoïque du diméthylamino-propanol, découverte par M. Fourneau, il y a quelques mois à peine, paraît devoir déjà prendre une place importante parmi les médicaments usuels, en raison de son pouvoir analgésique local considérable et de sa faible toxicité : aussi nous a-t-il paru utile d'en faire l'étude pharmaco-dynamique complète afin de pouvoir donner aux cliniciens des indications nettes et précises relativement au mode d'action de ce médicament sur les différents appareils.

La toxicité de ce corps, comparée à celle de la cocaïne est beaucoup plus faible. Chez le cobaye on peut évaluer cette toxicité à 0. 18 ou 0 gr. 20 par kilogr. d'animal, en employant une solution à 1 % en injection intra-péritonéale. Chez le chien, en injections intra-veineuses, la dose toxique mortelle est de 0, 10 à 0,12 par kilogramme d'animal. L'absorption de ce médicament se fait rapidement, et il n'y a presque pas de différence entre la toxicité par voie intra veineuse, par voie intra-péritonéale, et par voie sous-cutanée chez cet animal ».

La stovaïne à doses toxiques provoque des convulsions épileptiformes, de la gêne respiratoire, des contractions toniques en opisthotonos, emprosthonos, pleurosthototonos, avec élévation de la température. Chez les animaux herbivores, les mêmes phénomènes s'accompagnent d'abaissement de la température de 4, 5, 6 degrés En somme, la stovaïne paraît donc agir comme un poison du système nerveux tout entier ; les troubles respiratoires, les vomissements que l'on constate toujours immédiatement après les injections, indiquent nettement une action de la substance sur le bulbe. Les convulsions cloniques, les hallucinations, les troubles oculaires, paraissent évidemment sous la dépendance d'une excitation des hémisphères cérébraux ; l'incoordination motrice et surtout les mouvements gyratoires indiquent nettement un trouble des fonctions du cervelet ; les convulsions toniques, l'opisthotonos, les divers autres phénomènes nerveux observés montrent la part prépondérante de la moelle dans la production des accidents, principalement dans les dernières phases de l'intoxication.

La stovaïne agit sur la pression sanguine, qu'elle diminue, en même temps qu'elle augmente le nombre des battements cardiaques. C'est un tonique cardiaque quand elle est administrée à faibles doses.

Appliquée localement sur un nerf moteur, la stovaïne en solution à 4 p. 100 abolit, au bout d'un certain temps, les propriétés conductrices du nerf, qui devient inexcitable. Si on le lave avec une solution tiède de sérum physiologique, ses propriétés reviennent lentement. Cette section physiologique du nerf est beaucoup moins nette qu'avec la cocaïne.

Ces divers résultats ont conduit à penser qu'en dehors de son action centrale sur le système nerveux, cette substance devait posséder une action inhibitrice sur les diverses cellules vivantes avec lesquelles on la met en contact. Elle doit évidemment posséder une influence retardante considérable sur la nutrition, et l'abaissement thermique constaté chez certains animaux n'est pas seulement d'origine nerveuse. Les expériences actuellement en cours ne permettent pas encore de donner à ce sujet une conclusion ferme.

Les propriétés antiseptiques de la stovaïne sont très remarquables.

A. *Eaux extrêmement chargées de germes de toutes espèces.* — Tous les germes sont tués dans les conditions suivantes :

Doses.	Durée du contact.
—	—
20 p. 100	instantanément
25 p. 1.000	après 5 minutes
10 p. 1 000	après 30 minutes
5 p. 1.000	après 2 h. 30
1 p. 1.000	après 24 heures.

B. *Cultures pures et bouillons ordinaires, après vingt-quatre heures à l'étuve :* — B. CHARBON, n'est pas tué après trente-six heures de contact avec 25 p. 1000 de stovaïne. — STAPHYLOCOCCUS PYOGENES AUREUS n'est pas tué après trente six heures du contact avec 15 p. 1000 de stovaïne. — B. COLI est tué après trente-six heures de contact avec 15 p. 1000 de stovaïne. — B. TYPHIQUE, est tué après trente-six heures de contact avec 10 p. 1000 de stovaïne. — B. DIPHTÉRIQUE, est tué après trente-six heures de contact avec 5 p. 1000 de stovaïne. — Aux mêmes doses, une durée de contact d'une heure est tout à fait insuffisante.

Le bouillon de bœuf additionné de stovaïne à la dose de 25 p. 1000 donne un trouble abondant et persistant dû à la précipitation de la stovaïne par le phosphate sodique. On constate, en effet, que l'addition de phosphate de soude dilué à une solution de stovaïne détermine immédiatement la formation d'un trouble laiteux. Ce précipité se dissout dans un grand excès d'eau.

En résumé, la stovaïne peut être classée dans le groupe des analgésiques locaux, et elle possède en outre, à faible dose, des propriétés antithermiques manifestes.

Elle possède une action analogue à celle de la cocaïne, elle abolit les propriétés vitales des cellules avec lesquelles elle vient en contact et agit comme poison du système nerveux central.

Sa toxicité beaucoup plus faible que celle de la cocaïne, son action tonique sur le cœur, son pouvoir analgésique considérable, ses propriétés antiseptiques, en font un médicament auquel on peut prédire un bel avenir au point de vue thérapeutique.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Professeur HAYEM.

Cancer des voies biliaires.

Femme de 45 ans, entrée à l'hôpital dans un état cachectique avec un œdème généralisé, de l'amaigrissement, un peu de fièvre.

On est frappé, tout d'abord, par la coloration jaune de sa peau dont la teinte ictérique est très prononcée et va sensiblement au-delà de la nuance verdâtre rosé des ictères ordinaires.

L'histoire de la malade est assez simple. Il y a deux mois, dit-elle, elle fut atteinte d'une grippe, puis, aussitôt après, d'enflure et de jaunisse qu'elle attribue à une cause morale, l'impossibilité de payer son terme. Cette dernière explication ne nous arrêtera pas, car il ne saurait évidemment s'agir d'un ictère émotionnel.

A l'examen, on constate un œdème dur des membres inférieurs, probablement plus ancien que la malade le prétend. Il existe une ascite prononcée, un épanchement considérable dans le péritoine, accompagné d'un développement généralisé du système veineux. Les dilatations veineuses, toutefois, ne sont pas excessives, et nous ne retrouvons pas les « têtes de méduse » de certaines ascites.

Il était important, dans ces conditions, de rechercher l'état du foie. Cet organe est-il gros, petit, normal ? Vous n'êtes pas sans savoir que lorsque la tension abdominale est devenue assez grande, on peut ne pas rencontrer le foie alors même qu'il est hypertrophié. De fait, je passe les pulpes des doigts au-dessous des fausses côtes sans rencontrer le tissu hépatique.

Du côté de la rate, même impossibilité. La percussion montre néanmoins un accroissement de hauteur de la matité splénique.

La respiration est gênée. Il y a de la sub-matité aux deux bases, pas de souffle, mais des signes suffisants pour admettre la présence de liquide dans la cavité pleurale.

Les urines sont jaunes, brunâtres, avec des traces d'albumine. Elles fournissent nettement la réaction de Gmelin. La patiente n'a pas de démangeaison ni la coloration jaune des objets rencontrée parfois au cours de l'ictère.

Les gardes-robes sont diarrhéiques. Mais n'oublions pas que cette femme a pris, il y a quelques jours, du calomel, médicament qui peut créer momentanément la polycholie et des selles verdâtres. Il convient d'attendre un peu pour être fixé à ce sujet et j'aurai plutôt tendance à croire qu'il existe habituellement chez elle une décoloration des garde robes.

En résumé, il s'agit d'une femme malade depuis deux mois, présentant de l'ictère, des œdèmes, de l'ascite et un état cachectique déjà notable. Elle a toujours été bien portante auparavant, a eu 10 enfants, plusieurs fausses-couches sans incident particulier.

Voici, somme toute, un ensemble assez restreint, sur lequel nous allons avoir à discuter le diagnostic. Il peut s'agir d'une affection organique, néoplasique, ou d'une forme de cirrhose du foie, à la rigueur, d'une affection péritonéale.

Voyons, en premier lieu, l'hypothèse de néoplasie. Cette femme a 45 ans et, à cet âge, les

*

néoplasies ne sont pas très rares. L'amaigrissement, l'ictère foncé, indiquent quelque chose de profond et impressionnent mal. A quel genre de néoplasie aurions-nous affaire ?

Le cancer de la tête du pancréas amène un état cachectique assez rapide ; il s'accompagne d'œdème et d'ictère lorsque les adénopathies compriment la veine porte et le cholédoque. Cette hypothèse expliquerait parfaitement la marche des choses, toutefois elle ne donnerait pas le pourquoi de l'état fébrile. De plus, comment accepter ou repousser un tel diagnostic sans avoir exploré la vésicule, sensiblement dilatée en pareil cas ? Pour nous éclairer, il faudra faire une ponction de l'ascite, évacuer 10 à 12 litres de liquide et palper alors le foie et la vésicule. Il faudra également examiner les garde robes. les recueillir, les analyser. au point de vue de la quantité de graisse qu'elles contiennent. Le cancer des voies biliaires avec compression du canal cholédoque donnerait aussi lieu à un tableau clinique de ce genre.

Mais, est-il nécessaire d'admettre le cancer ; n'y a-t-il pas d'autres maladies à syndrome analogue ? Parmi les cirrhoses il en est une. la variété décrite par Hanot sous le nom de « cirrhose hypertrophique biliaire », à laquelle nous devons penser. Je ne crois pas cependant qu'elle soit en cause. La maladie est trop récente, l'ictère trop foncé ; de plus, l'ascite est rare dans la cirrhose de Hanot et il manque, ici, bien des signes.

Si vous réfléchissez que ni l'une ni l'autre des hypothèses que nous venons de faire ne donne complète satisfaction, nous arrivons à cette conclusion que, aujourd'hui, tout diagnostic sérieux est impossible. Le cancer paraît le plus probable mais, sans compter qu'il n'explique pas la fièvre, il n'est pas établi sur un ensemble suffisant de symptômes. L'état fébrile pourrait tenir à une cause mal définie, un peu de pleurésie, de péri hépatite, d'infection. Je penche donc pour le diagnostic d'affection cancéreuse du pancréas et des voies biliaires, mais j'estime qu'aujourd'hui toute affirmation est impossible.

La ponction nous révélera la nature du liquide, l'état des organes sous-jacents, du foie, de la vésicule, de la rate.

En tout état de cause, le pronostic est grave. Nous devons soutenir la malade moralement et matériellement, par une alimentation réparatrice. Elle a, dit-elle, un certain appétit, ce qui n'est pas très rare au cours des cancers abdominaux dans lesquels l'estomac n'est pas intéressé. On l'alimentera donc et on la soulagera par une ponction. dont nous avons signalé déjà l'utilité dans le diagnostic.

Leçons recueillies par le Dr P. Lacroix.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Nouveau traitement des ankyloses.

Le devoir de chacun, ce me semble, est de faire connaître à ses confrères toutes les petites découvertes, tous les perfectionnements. même les plus minimes, qu'il croit avoir apportés à son art, surtout au point de vue pratique.

Je profite donc de la tribune, toujours ouverte, de notre cher *Concours Médical*, le bien nommé, pour donner les grandes lignes d'un procédé que je crois nouveau, que je n'ai vu nulle part en tout cas, pour le traitement si difficile des ankyloses confirmées.

Jusqu'à présent on n'avait le choix qu'entre la résection et l'ostéoclasie.

Mais la résection est une opération grave. véritable mutilation, laissant le membre diminué de longueur, et arrêté généralement dans son développement chez les jeunes sujets.

D'un autre côté, l'ostéoclasie est brutale, aveugle dans ses résultats, et pouvant causer des désordres importants.

J'ai pensé à une opération bénigne, simple, presque non sanglante, laissant l'intégrité du membre, et en permettant l'usage après un délai assez court.

Le champ opératoire étant aseptisé, l'interligne articulaire étant reconnu par les moyens ordinaires, par une incision longitudinale de 0 015 millim., et avec un ostéotome mince et affilé, on divise, on décolle, à coups de maillet, les surfaces articulaires soudées. en respectant, bien entendu, les ligaments les nerfs et les vaisseaux importants.

On est souvent obligé, surtout pour le genou, de faire la ténotomie de quelques tendons.

Cela fait, les résistances étant ainsi vaincues ou notablement diminuées, on obtient assez facilement le redressement du membre, d'autant plus facilement que l'opération aura été mieux conduite, et les surfaces soudées plus complètement divisées.

On met ensuite le membre dans une gouttière bien matelassée, en le maintenant avec quelques bandes.

Les suites sont généralement très simples : ni rougeur, ni inflammation, ni fièvre, et s'il s'agit d'un membre inférieur, la marche est généralement possible avec des béquilles au bout de six semaines, et sans aucun appui, en deux mois.

J'ai même opéré, il y a quelques années, un garçon de douze ans qui a fait plusieurs kilomètres avec des béquilles au bout de cinq semaines.

Ce cas est assez probant, car il avait été examiné par des chirurgiens distingués, tels que M. Mauny, de Saintes, de Couvalette, médecin principal de la marine à Rochefort : ce dernier a même pris des épreuves radiographiques du genou malade ; et tous concluaient à la nécessité d'une résection.

MM. les Drs Roux, médecin principal de la marine en retraite à Royan, Nuel et Malinvaud, m'avaient prêté leur concours dans cette opération, et je dois une reconnaissance toute particulière à M. Roux, pour les bons conseils et les encouragements qu'il m'a prodigués en cette occasion toujours redoutable, « l'exécution sur le vivant d'une nouveauté chirurgicale ».

Le membre opéré a continué de s'accroître à peu près comme son congénère, et actuellement l'enfant, devenu presque un homme, marche bien, sans aucun appui, et jouit d'une santé florissante.

A propos de l'ankylose du genou, de toutes la plus fréquente, il est bon de faire observer, que l'on est presque toujours obligé de réséquer un ou deux centimètres environ de l'extrémité inférieure du condyle interne du fémur, lequel condyle est le plus souvent hypertrophié, et tend à repousser le tibia en arrière.

Avoir bien soin de faire maintenir solidement l'articulation par les mains d'un ou deux aides vigoureux, pendant le temps du redressement.

Je signalerai aussi une petite modification à la ténotomie des tendons : au lieu de pratiquer cette ténotomie avec un ténotome, au sein des tissus, au risque de blesser un nerf ou un vaisseau, il est préférable de les attirer au dehors avec un crochet mousse et plat, et de les sectionner sur ce crochet formant point d'appui, avec un bistouri quelconque.

C'est ainsi que nous tous, médecins, nous rêvons toujours le mieux pour le soulagement de nos semblables ; tandis qu'à l'extrémité de la planète, d'autres humains s'entr'égorgent avec acharnement, et que l'écho lointain nous apporte le bruit des canons meurtriers et des torpilles foudroyantes, anéantissant en un instant des milliers d'hommes, pleins de force et de vie !

GUILLOU.

Docteur médecin à la Tremblade (Charente-Inférieure).

P. S.—Si quelque confrère désirait des renseignements complémentaires, je suis entièrement à sa disposition.

PÉDIATRIE

La généralisation des consultations de nourrissons en Seine-et-Oise.

Habitués par l'administration de Seine-et-Oise à des actions communes sérieuses et bien conçues, nous avions dit à nos confrères de ce département en un précédent numéro : « Envoyez votre adhésion de principe avant le 25 juillet à l'appel qui vous est adressé pour la généralisation des consultations de nourrissons. » Nous avions réservé en même temps un article de l'excellent secrétaire du syndicat de Rambouillet, le Dr J. Camescasse, jusqu'au jour où nous aurions ensemble demandé à l'administration de définir les questions de crédits, d'honoraires etc., sans lesquelles on ne peut rien faire.

Avec notre confrère Camescasse, nous avons religieusement accompli la démarche à la préfecture et nous avons constaté qu'il s'agissait non pas d'une organisation sérieuse, mais d'une circulaire lancée pour dire qu'on aura tenu sa promesse au Sénat avec l'idée que c'est un simple coup d'épée dans l'eau.

Conséquence : nous rendons la parole au Dr J. Camescasse dont l'ironie irrévérencieuse est absolument de mise en la circonstance, et nous pensons que son type de réponse rencontrera beaucoup d'imitateurs. La question est absolument dans l'état où il la presente et menace désormais de ne pas changer de forme d'ici longtemps.

Un nouveau tapage

QUASI-OFFICIEL.

Il ne s'agit naturellement pas de ce *tapage*, vulgairement *bruit*, auquel l'épithète *nocturne* confère seule quelque gravité.

Nos confrères n'hésiteront pas : c'est d'un appel à notre bourse, à notre temps que je veux parler, cela est évident *a priori* par le temps qui court.

Comme toujours, l'appel à notre bourse est qualifié d'appel à notre dévouement ; l'appel à notre temps et à notre science, d'appel à notre zèle et à notre haute philanthropie.

J'ai reçu, en qualité de médecin-inspecteur des nourrissons, la petite circulaire du 10 juillet 1904, relative aux *gouttes de lait, consultations de nourrissons* et *œuvres similaires*. J'ai répondu en cette qualité de médecin-inspecteur, avant le 25 juillet — j'espère que j'aurai aussi à répondre, vers novembre, en ma qualité de secrétaire du syndicat local.

Je désire vous faire connaître ici ce que j'en pense, ce que j'ai lu, ce que j'ai répondu en mon particulier. Nous reprendrons, vous reprendrez l'affaire au général, j'en suis sûr, mais il faut que quelqu'un commence.

La circulaire expose admirablement la question :

« Dans sa séance du 3 décembre dernier, LE SÉ-« NAT a voté la résolution suivante :

« Article premier : M. le MINISTRE DE L'INTÉ-« RIEUR est invité à porter à la connaissance des « CONSEILS GÉNÉRAUX le rapport de M. PIERRE BU-« DIN, renvoyé par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE au mi-« nistre de l'intérieur, sur la mortalité infantile « et à recommander aux PRÉFETS de se faire, par « eux-mêmes et par les INSPECTEURS ET MÉDECINS « du service des enfants assistés et du service de « la protection du premier âge, les propagateurs « des **consultations de nourrissons**, des **gout-« tes de lait** et de toutes *œuvres* **similaires** « d'assistance maternelle et de patronage des « nouveau-nés. »

Posons les bases de la conversation :

1° Je viens de faire ma comptabilité de médecin-inspecteur des nourrissons : ça vaut (erreurs et omissions comprises) cinq cents francs par an.

2° Les pas, démarches, ennuis et kilomètres, comptes, fiches, bulletins, livrets et états statistiques représentent plusieurs salaires comme celui-là.

3° Aussi suis-je invité à organiser.... une petite besogne supplémentaire : mettons une *consultation de nourrissons*.

M. BUDIN émeut l'ACADÉMIE, qui dérange M. le LE MINISTRE, qui se fait inviter par le SÉNAT à émouvoir, par M. le PRÉFET, les CONSEILS GÉNÉRAUX afin que les INSPECTEURS........ écrivent aux MÉDECINS....... « faites-nous donc des petites con-« sultations de nourrissons..... à l'œil. »

« *A l'œil* » ; c'est moi qui tire cette conclusion, ou, plus exactement, c'est moi qui traduis, en ce langage technique autant que précis, la petite ligne sur *mon dévouement*, qui s'oppose si naturellement aux « difficultés financières » « si faciles à résoudre » puisque le seul obstacle sera la mi-« nime dépense à faire pour l'achat de quelques « objets....

J'aurai cependant une compensation notable : je suis invité (vaguement) à faire comprendre aux municipalités qu'elles doivent me fournir :

1° Une salle d'attente, *chauffée*.

2° Une salle de pesage et d'examen, *chauffée*.

3° Une salle de distribution de lait.

A moins que je ne préfère organiser cela chez moi (et payer patente sur ce nouveau local ajouté à mon habitation).

Evidemment, avec les 500 fr. par an, de la Protection du premier âge..... je pourrai faire quelque chose de très bien chez moi. Quant aux mu-

nicipalités, elles m'enverront à la balançoire — d'aucunes ; d'autres marcheront, pour le local seulement.

Alors j'ai répondu, aussi tranquillement que possible, avant le 25 juillet.

« Je vis des produits de mon métier et je n'ai « que deux marchandises à mettre dans le com« merce : ma science et mon temps. Vous me de« mandez l'un et l'autre ; discutons le prix ! »

Et j'ai ajouté : « Je sais que certains médecins ont des rentes et se soucient peu du produit de la clientèle (1) ; ceux-là pourront s'offrir le luxe de travailler pour rien ; mais comme ils ne sont pas assez nombreux pour répondre à la totalité de vos besoins, il vous faudra bien compter avec ceux qui n'ont pas de fortune ; de ceux-ci je suis et je veux bien compter. »

Et je compte :

A. Ma résidence. Douze cents habitants agglomérés. Marmaille indigène nombreuse et nombreux enfants importés.

Du 15 juin au 15 septembre, il faudrait qu'une *goutte de lait* distribuât du lait stérilisé (par le bioxyde d'hydrogène !)

En plus, toute l'année, on doit prévoir deux *consultations* de nourrissons par semaine. Quarante enfants à chaque séance : il y en aura bien pour trois grandes heures, à peser, retourner, consulter et *enregistrer*.

Il faudra payer une femme de service, à tout le moins. — Il faudra me payer à moi cent quatre fois trois heures d'un travail fatigant.

B. Commune peu importante à 4 km. — Pas de *gouttes de lait* à prévoir. — Une consultation d'une heure chaque semaine.

Ci : cinquante-deux fois une heure pour moi, plus cinquante deux fois 8 km.

C. Agglomération isolée à 7 km. d'ici. — Comme pour B, sauf le compte des kilomètres et (2) ..!

D. Commune agglomérée exigeant une *goutte de lait*, en été. — Une seule consultation par semaine, de deux heures, suffirait. — Compte de km. comme pour B.

Mais il faut prévoir que mon confrère et ami Th, (de X...) trouvera mauvais que je vienne ainsi, à jour et heure fixe, soulager ma clientèle de D et le soulager de la sienne !

E. A 6 km. — Une consultation de une heure chaque semaine, sera nécessaire.

P., D., H., B. et B.. V., qui viennent de-ci, de là, à E., réclameront très peu. En fait le tort matériel serait mince pour eux, — du fait de la dite consultation — si on ne considère que *ce qui existe actuellement*.

F. Bourg à 5 km.

Même situation qu'à E. Cependant les confrères P., D. etc. auront à s'entendre pour desservir deux agglomérations (de la commune F.) dans lesquelles ils exercent exclusivement la médecine officielle, comme la médecine civile.

Ensemble, pour moi :

HEURES DE CONSULTATION :

104 fois 3 heures	:	312
52 fois 2 heures	:	104
52 fois 1 heure, dans quatre lieux différents	}	208
Total	:	624 heures.

Soit : soixante-dix-sept journées de huit heures, sans compter le temps nécessaire pour faire les kilomètres dont voici le décompte :

B.	52 fois 8 km :	416
C.	52 fois 14 km :	728
D.	52 fois 8 km :	416
E.	52 fois 12 km :	624
F.	52 fois 10 km :	520
	Total :	2704

Deux mille sept cent-quatre kilomètres, imposant DEUX CENT SOIXANTE DÉPARTS A HEURE FIXE.

Avec les CENT QUATRE consultations à heure fixe à A (ma résidence) je serai réduit à *un seul jour de vacance* par an (sauf les années bissextiles) — et encore ça n'est pas vrai....... que j'aurai un jour de vacance....... parce que les semaines ne se gênent point pour enjamber par-dessus les années.

Je commence à comprendre le médecin prolétaire à l'heure (pas à la tâche) dont on se préoccupe à Lille, mais je ne comprends pas du tout ce que deviendront mes malades ordinaires pendant ce temps.

Je demande à mes confrères du Concours de fixer des prix raisonnables : 1° pour l'heure, travail du médecin, 2° pour le kilomètre — transport du même en vue de l'exécution du programme ci-dessus, — même en tenant compte de ce fait qu'au bout de ma *consultation-nourrissons* gratuite (pour la mère et l'enfant) je ferai ordinairement une visite à quatre francs à B, à C etc. — même en admettant que cette visite sera tout gain pour moi, c'est-à-dire que je ne l'aurais faite ni hier, ni demain en passant là pour autre cause — ce qui est douteux.

Et en admettant que les consultations gratuites ne me feraient perdre aucune de mes actuelles consultations payantes (dont je vis) : — *ce qui est certainement faux et d'ailleurs contraire à l'hypothèse que les consultations de nourrissons servent à quelque chose* ; *ce quelque chose étant précisément la raréfaction des malades.*

Soixante-dix-sept journées de huit heures ; un départ à heure fixe tous les jours de toute l'année, dimanches compris.

Qui est-ce qui paie et combien ?

Telle est ma conclusion. Jean C...

Je me suis abstenu de louer l'œuvre entreprise. Je la considère, en effet, comme louable en soi.

Je me suis abstenu, par compensation sans doute, de montrer les difficultés, erreurs et impossibilités spéciales au milieu.

Ainsi en hiver je défends aux nourrices de sortir les enfants, le climat étant très dur. — Du 1er au 20 juillet j'ai défendu les sorties en raison de l'énorme chaleur, sauf très tôt le matin. — En mars, à A. défense de venir à l'école-mairie à cause de la diphtérie ; en avril, à C, à cause de la rougeole ; en juin à E, à cause de la coqueluche, etc.

(1) La généralité des magistrats vit, paraît-il, dans ces conditions : rentes modestes complétées par un modeste traitement. Ainsi vivent aussi nombre d'avoués, de greffiers, etc., en province, dont les charges seraient incapables de nourrir leur homme. Les jeunes médecins tendent à devenir plus nombreux, qui organisent leur vie sur cette donnée !

(2) Sauf que le confrère Th. (de X.) a, là, autant de clients que moi, sinon plus ; avec cet embarras supplémentaire que j'inspecte *ses* nourrissons.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le tarif ouvrier ou minimum des Syndicats médicaux.

Pour préparer l'unification du tarif *ouvrier* ou *minimum*, que réclament la Commission du Sénat et l'Union des Syndicats placées devant l'amendement Gourju, nous nous en tiendrons à un bout d'histoire.

Au mois de septembre 1897, M. le Dr Jeanne soumettait au Conseil de Direction du Concours médical un travail de bénédictin qu'il venait d'accomplir au cours de trois années d'études et qu'il dénommait *Tarif général minimum raisonné des honoraires médicaux.*

Sa documentation initiale s'était composée de 93 tarifs régionaux où des chiffres disparates et inexpliqués s'alignaient illogiquement, sans esprit de suite, piqués en quelque sorte au hasard, et constituant pour des experts ou des magistrats, un embrouillamini où ils ne pouvaient rien reconnaître d'équitable.

C'était, de plus, un mêli-mêlo de soins tarifés les uns à la visite, les autres à forfait, ou encore globalement (accouchement et visites consécutives, qu'il y eût complication ou non ; opérations donnant droit à x consultations, les consultations en excédent se marquant comme des suppléments à l'hôtel ; réductions d'honoraires en cas de lésions multiples, comme cela se pratique pour l'escompte dans des achats importants, etc....). Tout ce que la fantaisie commerciale la plus ingénieuse peut créer en matière de remises, d'arrangements, de cotes mal taillées, cherchait à se faire légitimer par ces ébauches de tarifs ; mais c'était un rêve irréalisable, la meilleure bonne volonté des tribunaux s'y serait épuisée en vain, si bien que ceux-ci avaient pris l'habitude de ne tenir aucun compte de ces documents.

L'auteur reconnut bientôt qu'il fallait jeter bas les constructions édifiées et se contenter d'en utiliser les moellons pour bâtir sur un terrain solide.

« Nous avons utilisé, disait-il, les nombreux tarifs régionaux que des confrères avaient bien voulu nous fournir : ils nous ont permis de tenir ces chiffres à peu de distance des *moyennes* qu'ils indiquaient. *Mais nous nous sommes surtout préoccupé d'envisager la rémunération des soins médicaux au même point de vue que les magistrats, car la jurisprudence semble avoir mieux compris que nous-mêmes l'importance de nos services.*

« Seulement, elle a des exigences bien naturelles.

« Elle veut posséder toujours des éléments positifs d'appréciation : c'est son droit ; elle veut connaître la raison d'être de tous les chiffres portés sur nos notes : c'est son devoir ; elle désire faire rémunérer notre savoir et notre dévouement, dans la mesure compatible avec la fortune de l'obligé : c'est de toute justice ; elle porte une attention moins grande aux questions matérielles du métier, et refuse de nous comparer à des manœuvres ou à des loueurs de voiture : pouvons-nous l'en blâmer ? »

Et le terrain solide ainsi choisi, il y faisait tracer les fondations par la jurisprudence elle-même dans les termes suivants :

Les éléments qu'il faut faire entrer en ligne de compte dans l'appréciation des honoraires médicaux sont : la situation de fortune du client, l'importance du service rendu, la réputation ou la valeur scientifique du médecin, les circonstances matérielles diverses concernant les soins donnés : heure, distance, dérangement professionnel, temps consacré, etc... »

En homme qui marche du simple au composé, nous le voyions alors songer aux plus humbles de la clientèle, *à l'ouvrier et à ses assimilés*, que la maladie jette toujours dans la misère ou au moins dans la gêne. « Quand nous nous trouvons, se disait-il, en présence de celui-là, bien isolé, bien livré à ses seules ressources, quel honoraire minimum pouvons-nous réclamer à propos d'une visite simple en faisant le maximum pour la philanthropie sans aller jusqu'à l'aumône du tout, qui, parfois d'ailleurs, est prise comme une offense. » Et remuant alors ses cailloux entassés, il trouvait les deux premières pierres de son édifice du tarif *ouvrier* : la visite à 2 fr. à peu près partout, la visite à 3 fr. dans les villes de plus de cent mille âmes. Il ne lui restait plus qu'à fixer les honoraires de tous autres soins en prenant pour unité le prix de la visite simple, et en y ajoutant les coefficients relatifs aux circonstances énoncées par la jurisprudence elle-même. Chaque chiffre, méthodiquement et logiquement choisi, prit sa place légitime dans la construction qui s'élevait harmoniquement.

Et c'est un tout bien homogène, dont chaque détail avait été raisonné, que M. Jeanne soumit ainsi aux critiques de tous ses confrères sans en rencontrer de sérieuses.

Plaçant toujours, au quart d'heure de Rabelais, le médecin et le client face à face, sans intermédiaires intéressés, il se trouvait avoir codifié en quelque sorte nos honoraires, pour chaque cas, pour chaque espèce, et la médecine n'étant composée que de cas et d'espèces, il en résultait qu'il avait donné la note équitable pour la plupart des interventions médicales ou chirurgicales.

Quand ce travail eut reçu l'approbation de l'Assemblée générale du Concours, il se répandit avec une extrême rapidité. Sans hésitation on l'adoptait de tous côtés, sur tous les points du pays. Surprenant, n'est-ce pas, après le chaos dont il était sorti ? Eh bien non, tout naturel, au contraire, ce gros succès ! Pourquoi ? Parce que les chiffres, logiquement agencés, étaient toujours les mêmes que ceux d'autrefois, mais étaient *expliqués* et devenus incontestables.

Seulement les forfaits, les rabais, les remises les formules globales avaient disparu, et, avec eux, se trouvaient condamnées toutes ces pratiques commerciales perturbatrices, nées des agissements d'intermédiaires, spéculateurs ou parasites. Le médecin se retrouvait ainsi, partout et toujours, en présence de son client. Celui-ci, libre dans son choix et dans sa confiance, celui-là libre dans la pratique de son art. C'est ainsi seulement que la médecine reste la médecine, et c'est tout cela qu'on trouve en réalité derrière l'application des principes qui guidèrent dès le début, le rédacteur du tarif *ouvrier* ou *minimum* du Concours médical.

Deux ans plus tard, en avril 1899, à la veille de l'application de la loi-accidents, notre collègue prévit que son travail avait besoin d'être complété et précisé pour la partie chirurgicale

qui allait tomber dans le domaine de cette loi. Il nous donna alors ce chapitre spécial, dont les grandes lignes ont toujours même tendance, même portée, même méthode rigoureuse, et qui a fait tant de chemin sous les divers titres de *tarif ouvrier pour les accidents du travail*, *tarif de La Participation*, *tarif d'assistance chirurgicale départementale* ; cette variété de dénominations appliquée à une chose toujours identique provenait tout simplement des adoptions diverses dont elle était honorée successivement chez les sociétés médicales, chez les assureurs équitables et devant les conseils généraux.

Mais, à cette époque, un incident se produisit, qui a beaucoup retardé la marche vers l'unification dont nous avons à nous préoccuper si gravement aujourd'hui.

Vers le mois de juin 1899, nos amis de Bordeaux, obéissant à des préoccupations locales, rédigèrent et propagèrent le tarif dit girondin. Celui-ci apparaissait comme une simplification de celui du Concours médical ; il serait plus facile, disait-on, à faire accepter par les administrations ou collectivités, parce qu'il ne conservait que des moyennes, une classification plus réduite, etc... Ces qualités incontestables lui valurent beaucoup de patronages honorables, acquis aussi d'avance à l'autorité des hommes qui le présentaient. Mais, après avoir été des premiers, par horreur de l'esprit de chapelle, à réclamer qu'il soit publié de nouveau à côté de celui du Concours médical comme document à consulter, avons-nous le droit de taire plus longtemps qu'il tient précisément sa simplicité de sa forme quasi-forfaitaire d'un bout à l'autre, violant le principe équitable de la rémunération proportionnelle au service rendu et au travail accompli ? Ne faut-il pas dire que, par ce cachet forfaitaire, il semble s'incliner devant la prétention illégale de nos adversaires d'étendre le caractère forfaitaire de la loi jusqu'à l'indemnité due au médecin ? Et quand nous le voyons, à l'instant même, s'étaler sur un récent modèle de contrat entre la compagnie X et M. le Dr Y, la peur nous prend, bien vive, qu'il ne reçoive, (et pour cause de calculs méticuleusement faits), trop bon accueil chez des assureurs qui n'ont jamais été que très hostiles à nos plus légitimes intérêts. Il se prête si bien à la perpétration de ces contrats si nuisibles à la liberté de l'ouvrier et à la dignité médicale ?

Le *Bulletin de l'Association générale* qui ne publie pas le tarif du Concours médical à côté du tarif girondin, nous paraît encourir ainsi une responsabilité imprudente, car, à notre sens, quand il s'agit de documenter pour amener l'unification, il faut tout dire, même à contre cœur, comme nous le faisons en signalant les craintes que nous inspire le tarif girondin. Et nous savons bien, d'ailleurs, que les auteurs de celui-ci nous connaissent trop pour voir, dans les lignes que nous venons d'écrire, une autre intention que celle de travailler pour l'intérêt général, abstraction faite de toutes personnalités.

Si nous revenons maintenant à l'historique de cette question de tarifs, nous rappellerons qu'il a été fait, en plusieurs départements, d'intéressantes adaptations ou modifications des deux types précédents et le tarif du Concours s'en est largement inspiré.

Nous ne pouvons les reproduire faute de place, mais il est certain que la commission qui devra rédiger le tarif *ne varietur* des syndicats médicaux, trouvera de précieux éléments dans ceux du Rhône, du Doubs, de la Haute Garonne, etc. etc...

Nous ne saurions oublier de signaler enfin le travail le plus récent qui soit venu à notre connaissance ; nous voulons parler du tarif ouvrier de Paris et de la Seine.

Ainsi qu'on le verra ci-dessous, il porte aussi des traces de sacrifice à la routine forfaitaire, au moins dans la tarification des oculistes, mais il offre ce caractère particulier d'avoir basé ses chiffres, toutes les fois qu'il l'a pu, sur les décisions judiciaires ou sur des autorités de ce genre, ce qui leur donne une incontestable valeur.

Nos confrères de l'Union des Syndicats ne seront pas sans trouver là un fait intéressant. Mais qu'ils nous permettent de faire remarquer ceci : accepter les yeux fermés les chiffres cueillis dans les jugements, c'est adopter d'avance la lettre et l'esprit de l'amendement Gourju, car il pourrait arriver qu'en 1906, après avoir compulsé tous les arrêts collectionnés au Ministère du commerce, on y trouvât tarifés judiciairement la plus grande partie des soins que nous sommes appelés à donner aux victimes du travail. Faudrait-il alors s'incliner devant ces décisions, d'une compétence discutable en équité parce que rendues souvent sans nous entendre et parfois dans un esprit de prévention ?

Nous aimons mieux l'appréciation des médecins eux-mêmes dans ces matières exclusivement médicales et c'est d'eux que nous réclamons au plus tôt un avis autorisé basé sur les documents suivants.

A.

Tarif Girondin.

Constatation d'accidents avec certificat de déclaration à la mairie et son duplicata pour la Compagnie et certificat de guérison, sans soins médicaux Fr. 10

1° Honoraires dans le cas d'accidents avec soins médicaux, mais sans intervention chirurgicale d'aucune sorte :

A) Constatation avec certificats et soins médicaux........ 15

B) Soins médicaux sans constatation ni certificats. 5

PETITE CHIRURGIE

2° Honoraires dans le cas d'accidents avec soins médicaux et intervention de petite chirurgie ;

A) Constatation avec certificats et soins médicaux et intervention de petite chirurgie...... 20

B) Soins médicaux avec intervention de petite chirurgie sans constatation ni certificats... 10

Sont considérées comme opérations de petite chirurgie, les interventions suivantes :

Incisions ; — débridements ; — ponctions au bistouri ou au thermocautère ; — anesthésie locale ; — raprochement des plaies par suture simple ; — arrachement des ongles détachés ; — extraction de corps étrangers superficiels ; — ablation d'esquilles libres ; — section de parties molles condamnées ; — hémostase (sauf les ligatures de certaines artères prévues au tarif de grande chirurgie) ; — massage ; — électrisation ; — saignée ; — application de ventouses ; — pansements de brûlures ; — traitement de l'asphyxie ; — évacuation de foyers sanguins ; — taxis ; — réduction des luxations des doigts (sauf le pouce porté au tarif de grande chirurgie) ; — réduction de luxation des orteils ; — injections sous-cutanées (morphine, caféine, sérums, etc.) ; — extrac-

tion de corps étrangers de l'œil ; — cautérisations par les caustiques ; — applications de pointes de feu ; — cathétérisme des voies urinaires ; — extraction de corps étrangers du nez ou de l'oreille ; — avulsion des dents ; fracture des os du nez ; — tamponnement des fosses nasales.

GRANDE CHIRURGIE.

3° Honoraires en cas d'accidents avec soins médicaux et intervention de grande chirurgie :

Dans le cas d'intervention de grande chirurgie, le chiffre de 10 francs (soins médicaux seuls) ou de 20 francs (soins médicaux avec constatation et certificats) porté au tarif de petite chirurgie, est majoré d'un chiffre variable suivant l'importance de l'intervention de grande chirurgie.

Le tarif suivant est applicable à cette catégorie.

Luxations.

	Soins médicaux sans constatation ni certificats.	Soins médicaux avec constatation et certificats.
Pouce de la main ; mâchoire inférieure ; poignet..Fr.	20	30
Pied ..	30	40
Coude ; épaule	40	50
Genou	50	60
Hanche	90	100

Fractures.

Os de la main ; extrémité inférieure du radius ; côtes ; sternum	20	30
Os du pied ; avant-bras	25	35
Maxillaire inférieur ; clavicule ; péroné	30	40
Crâne (ablation d'esquilles ; fracture de la base)	30	40
Crâne (trépanation)	60	70
Bras	35	45
Coude ; épaule	40	50
Jambe	50	60
Rotule ; pied (intéressant l'articulation tibio-tarsienne).	60	70
Fémur (diaphyse)	90	100
— (extrémité supérieure)	110	120
Bassin	50	60
Colonne vertébrale	110	120
Pour les fractures compliquées, quel que soit le siège de la fracture, il sera perçu en plus	20	20

Amputations et désarticulations.

Doigts ; orteils..........Fr.	25	35
Métacarpiens ; métatarsiens.	30	40
Poignet ; avant-bras	50	60
Pied	60	70
Coude ; bras	70	80
Jambe	90	100
Epaule ; genou ; cuisse	110	120
Hanche	160	170

Ligatures d'artères (1).

	Soins médicaux seuls sans constatation ni certificats.	Soins médicaux avec constatation et certificats.
Cubitale ; radiale ; tibiale ; péronière............Fr.	30	40
Humérale ; poplitée ; fémorale	50	60
Sous-clavière ; iliaque externe	70	80

(1) La ligature des petites artères superficielles est comptée comme petite chirurgie.

Opérations diverses.

Suture des tendons ; suture des nerfs	60	70
Urétrotomie externe	110	120
Kélotomie	110	120
Trachéotomie	110	120
Laparotomie	210	220
Extraction de corps étrangers des tissus profonds.	40	50
Phlegmon diffus (incisions multiples et drainages)..	40	50
Plaies étendues du crâne ou de la face	20	30
Brûlures étendues du 3° au 5° degré (traitement)	40	50

4° Certains accidents peuvent dans le cours du traitement nécessiter des interventions supplémentaires. Ces interventions sont comptées en plus, savoir :

Ponction de la vessie (la première)............Fr.	20
— — (les suivantes)	10
Thoracentèse (la première)	30
— (les suivantes)	10
Paracentèse (la première)	20
— (les suivantes)	10
Anesthésie générale (pour les cas de petite chirurgie)	10
Anesthésie générale (pour les cas de grande chirurgie)	20
Première visite d'urgence la nuit (en plus)	5
Certificat délivré isolément	5

Consultations entre confrères.

Pour chaque médecin consultant :

Le jour	10
La nuit	20

Assistance et coopération à une opération de grande chirurgie.

Le tarif pour chacun des aides sera :

Opérations tarifées jusqu'à 40 francs..........F. 10

Opérations tarifées au-dessus de 40 francs, le quart du tarif.

Radiographie.

Examen par la radiographie.................F. 10

Photographie radiographique.

Main	20
Avant-bras ; coude ; bras ; pied ; genou.(1 pose).	30
— — — — — ..(2 poses).	50
Fémur ; épaule ...(1 pose).	40
— — ...(2 poses).	60
Thorax ; tête...(1 pose).	50
— ...(2 poses).	70
Bassin d'enfant au-dessous de 15 ans	50
Bassin d'adulte et colonne vertébrale	70

Traumatismes de l'œil et des annexes.

PETITE CHIRURGIE.

Contusions ; — plaies ; — brûlures des paupières ; — contusions du globe oculaire ; brûlures ; — plaies de la conjonctive ; — corps étrangers de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique ; — accidents inflammatoires ; — examen ophtalmoscopique.

Soins médicaux sans constatation ni certificats	10
Soins médicaux avec constatation et certificats.	20
En cas de complication grave ou d'accidents infectieux graves, il sera perçu en plus	20

GRANDE CHIRURGIE

	Soins médicaux seuls.	Soins médicaux avec certificats.
Suture de la cornée ; suture de la sclérotique ; excision de prolapsus irien ; ponction de la chambre antérieure	20	30
Opération de grande chirurgie sur les voies lacrymales et les paupières ; ulcères infectieux graves de la cornée, y compris le traitement consécutif	40	50

	Soins médicaux seuls.	Soins médicaux avec certificats
Autoplastie ; iridectomie ; extraction de corps étrangers des milieux profonds de l'œil, y compris le traitement consécutif	60	70
Cataracte traumatique ; énucléation ; éviscération, y compris le traitement consécutif	100	110

Lésions multiples.

En cas de lésions multiples ou d'interventions répétées, le tarif est appliqué entier pour la plus grave, réduit de moitié pour les autres.

Spécialistes.

Dans le cas où l'intervention d'un spécialiste est nécessaire, les honoraires sont à débattre.

Frais de déplacements.

Dans le cas où le blessé habite en dehors de la résidence du médecin, il est alloué 50 centimes par visite et par kilomètre à l'aller. La distance est comptée du domicile du médecin au domicile du blessé.

Les cas non prévus au tarif chirurgical sont taxés par assimilation.

Visite simple .... 3 »
(Justice de paix du XII[e] arrondissement, 22 décembre 1899 ; du XI[e], janvier 1900 ; de Vincennes, 8 octobre 1902, sur le rapport Socquet ; du X[e], 28 janvier 1903, sur le rapport Vibert ; du XV[e], 23 juin 1904.)

Visite de nuit (Tarif municipal) .... 10 »

Consultation dans le cabinet du médecin .... 2 »
(Rapport Vibert, 29 février 1903, affaire Daily-Wintherthur.)

Le Médecin traitant peut réclamer en son nom les honoraires dus aux chirurgiens ou aux aides qu'il a amenés

Consultation avec un confrère .... 10 »
(Justice de paix de Vincennes, 8 octobre 1902 ; du XX[e] arr., 5 avril 1904.)

Au prix de la visite ou de la consultation doit s'ajouter le prix des pansements, rapports, interventions, etc., d'après la taxe suivante.

RÉDACTION DE RAPPORTS

Rédaction d'un certificat ou rapport .... 5 »
(Justice de paix du XV[e] arrondissement, 23 juin 1904).

Rédaction d'un rapport à la suite d'une consultation sur la demande de la Compagnie ou du patron (suivant l'importance de l'accident et la notoriété du consultant)... 40 à 100 »

Les Compagnies paient 100 fr. les rapports en cas de litige (Rapport verbal de M. Sébileau.)

PRATIQUE COURANTE

Pansement simple .... 2 »
Incision simple .... 2 »
Points de suture .... 5 à 10 »
Sutures très nombreuses .... 20 »
Anesthésie locale .... 5 »
Injection hypodermique .... 2 »
(Justice de paix du IX[e]).

Pointes de feu .... 3 à 6 »
Sangsues .... 3 »
Extraction facile d'un corps étranger des cavités naturelles .... 5 »
Extraction d'un corps étranger des tissus .... 15 »
Traitement de l'asphyxie .... 15 »
Saignée .... 10 »
Avulsion de dents par traumatisme (par dent) 5 »

INTERVENTIONS SPÉCIALES

Anesthésie générale .... 40 »
Injections de sérum : la première .... 20 »
— les autres .... 6 »
Cathétérisme .... 10 »
Grand pansement .... 10 »
Hémorrhagie nasale .... 20 »
Lavage de la plèvre, de la vessie .... 10 »
Massage médical : pour les dix premiers massages .... 5 »
— Les autres .... 1 »
(Justice de paix du III[e], 16 août 1900 ; du XI[e], décembre 1903, rapport Vibert.)

Séances d'électrisation : pour les dix premières .... 5 »
— Les autres .... 1 »
(Justices de paix du XX[e], 29 janvier 1903 ; du X[e], 28 janvier 1903.)

CHIRURGIE

Ouverture d'un abcès profond et drainage ; curettage, grattage d'un foyer osseux .... 100 »
Ligature des artères et des veines .... 150 »
Arthrotomie des grandes articulations .... 150 »
Kélotomie .... 150 »
Suture des nerfs et des tendons .... 100 »
Uréthrotomie externe .... 150 »
Opération de l'empyème .... 150 »
Thoracenthèse simple .... 50 »
Greffes autoplastiques .... 50 »
Trépanation du crâne .... 400 »

LUXATIONS

Réduction des luxations suivantes et contention :

Des phalanges (pouce excepté) .... 5 »
Du pouce .... 40 »
Du poignet .... 50 »
Du coude .... 75 »
De l'épaule .... 100 »
Du cou-de-pied .... 75 »
Du genou .... 150 »
De la hanche .... 200 »
Du maxillaire inférieur .... 50 »

FRACTURES

Fracture dans la diaphyse de l'os ; réduction et contention :

Fractures des côtes .... 15 »
— des petits os des mains .... 20 »
D'un os de l'avant-bras ou de la jambe .... 50 »
Des deux os de l'avant-bras ou de la jambe. 100 »
(150 fr., réduction et visites accordés à M. le D[r] Delaunay par la Compagnie d'assurances Le Patrimoine).
De l'humérus .... 100 »
De la rotule .... 100 »
Pour suture .... 200 »
Fémur .... 150 »
(Justice de paix de Vincennes, 5 avril 1901.)

Fracture de la clavicule ; traitement en bloc 100 »
Face, colonne vertébrale, et autres fractures très graves .... 100 »

Fractures graves intra-capsulaires :

Epaule .... 150 »
Poignet .... 100 »
Hanche .... 150 »
Genou .... 150 »

RADIOGRAPHIE, RADIOSCOPIE, ETC.

Radiographie (deux épreuves et consultation écrite)	100	»
(Radiographie du bassin : Justice de paix de Vincennes, rapport Socquet, 8 octobre 1902. — De la cuisse : Justice de paix du IXe arrondissement, rapport Mallet.)		
Radioscopie à l'écran	20	»
Electrolyse linéaire de l'urèthre	100	»
Electro-diagnostic	40	»

GRANDE CHIRURGIE

Amputation : doigt	60	»
— avant-bras	150	»
— membre supérieur	150	»
— jambe	350	»
— Cuisse	400	»
Désarticulation : poignet	150	»
— coude	200	»
— épaule	350	»
— pied	200	»
— Genou	400	»
— Hanche	500	»
Résection articulaire	300	»
— de l'intestin	400	»
Laparotomie	250	»

MALADIES DES YEUX

Tarif de la Société d'Ophtalmologie de Paris, homologué par le Syndicat et appliqué à l'Hospice National des Quinze-Vingts par décision de M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur.

1° Examen d'un blessé. Constat pour la Compagnie et certificat pour la mairie..	10	»
2° Extraction d'un corps étranger superficiel simple, n'exigeant pas plus de deux consultations	10	»
3° Rapport médico-légal	100	»
4° Extraction d'un corps étranger de la cornée avec kératite légèrement infectieuse nécessitant des soins spéciaux et n'entraînant pas plus de cinq consultations	20	
Lorsque ces blessures exigent des soins demandant plus de cinq consultations consécutives, chaque consultation sera payée	3	»
(A condition que le total, pour la même maladie, ne dépasse pas 100 fr. de consultations.)		
5° Opérations de moyenne importance sur la cornée, la sclérotique, l'iris (suture cornéenne, autoplastie conjonctivale, ulcère infectieux, excision de prolapsus iridiens, opérations sur les voies lacrymales et les paupières, discision de cataractes secondaires, etc)	50	»
6° Opérations sérieuses (cataractes traumatiques, extraction de corps étrangers du corps vitré, du cristallin, énucléation, éviscération, iridectomie)	100	»
7° Toutes ces opérations comprennent cinq consultations ou pansements, au delà de cinq pansements chaque sera coté...	3	»
(Mais sans que le total des pansements supplémentaires puisse dépasser 100 fr.)		
8° Anesthésie chloroformique	40	»

9° Consultation entre confrères : honoraires variables à fixer avec les intéressés (Compagnie d'assurances, patron, etc.).

10° Assistance à une opération : pour l'assistant nécessaire, le quart du tarif de l'opération.

11° Si plusieurs opérations sérieuses sont nécessitées par le même accident, la plus importante est cotée à un des prix ci-dessus ; la deuxième est diminuée de 20 0/0, la troisième de 40 0/0.

12° Les frais d'hospitalisation, fourniture d'objets de pansements et de médicaments varieront suivant le tarif des hôpitaux de la région.

B.

Tarif ouvrier du Concours médical.

Nous donnons ce nom à celui qui s'applique aux soins donnés à la partie la plus pauvre de notre clientèle, classe ouvrière, domestiques, agents les moins rétribués des services publics, hommes de peine des grandes entreprises commerciales, etc., etc.

Les honoraires qu'il comporte nous sont payés.

1° Ou par le patient lui-même, ou par son chef de famille ;

2° Ou bien par le responsable *légalement* désigné, maîtres appelant pour leurs domestiques, chefs d'entreprises pour leurs ouvriers.)

3° Ou bien par le responsable *judiciairement* désigné en vertu de l'article 1382 du Code :

4° Ou bien enfin par l'assureur qui couvre les dépenses médicales en cas de maladie ou d'accident (services d'assistance médicale gratuite, Sociétés de secours mutuels, Compagnies d'assurances-accidents quelle que soit leur forme etc.).

Voici le tableau des chiffres qui y sont légitimement inscrits, et qui s'appliquent : 1° à toutes les petites communes, 2° aux petites villes. Dans les villes dépassant mille âmes, il a toujours paru équitable de les majorer de 1, 2, 3, fr. parce que le médecin y subit parfois de très notables déplacements sans pouvoir invoquer de droit à l'indemnité kilométrique, puisqu'il ne sort pas de la résidence.

I. Soins d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé.

1° SOINS SIMPLES.

Visite simple telle que nous l'avons définie page 12	2 fr.
Consultation au cabinet, etc	2 fr.
Visite exigée à heure fixe de jour	4 fr.
— pour collaboration prolongée avec un confrère	4 fr.
Visite répétée deux fois par jour à cause de la gravité des cas	4 fr. l'une.
Visite répétée trois fois id.	6 fr. l'une.
Consultation médicale avec un confrère de même notoriété (pour le traitant)	10 fr.
Consultation médicale avec une célébrité médicale (pour le traitant)	40 fr.

2° SOINS COMPOSÉS

A ces honoraires fondamentaux, qui visent les soins simples, s'ajoutent tels ou tels des chiffres suivants visant des interventions spéciales ou des dérangements à indemniser.

Indemnités de déplacement et de dérangement nocturne.

a. Par kilomètre parcouru du domicile du médecin à celui du malade, aller et retour, il est dû 0,25, 0,50, 0.75, 1 fr. suivant les régions :

b. De sept heures du soir à sept heures du matin, les honoraires ci-dessus et les indemnités de déplacement sont doublées.

Interventions spéciales.

CERTIFICATS

A.— Les *certificats* suivants ou leurs analogues, qui se délivrent généralement sur papier libre et n'engagent notre responsabilité que sans nous menacer de préjudices sérieux sont convenablement rétribués par le chiffre égal à celui de la visite, soit en supplément................ 2 fr.

Certificat de vaccination ou revaccination. 2 fr.
— de mort naturelle après maladie que nous avons soignée....... 2 fr.
— d'aptitude à nourrir un enfant... 2 fr.
— d'impossibilité de déplacement pour maladie.................... 2 fr.
— d'incapacité de remplir un mandat passager (témoignages, jurys, etc.)......................... 2 fr.
— d'admissibilité dans une Société mutuelle......................... 2 fr.
— d'admissibilité dans une Cie de chemins de fer, une industrie, un service public.............. 2 fr.
— d'admissibilité dans une école, un lycée, etc.................... 2 fr.
— d'admissibilité ou de réadmissibilité après maladie..... ...... 2 fr.
— de droit à un secours administratif, a un congé, à une retraite.. 2 fr.
— de constatations pour éclairer le service de santé militaire, naval, colonial, etc................ 2 fr.
— pour admission à l'hôpital......: 2 fr.
— pour admission à l'hospice ou dans une maison de secours... 2 fr.
— délivré à la victime du travail *faisant elle-même sa déclaration de blessure à la mairie*......... 2 fr.

B. — Par assimilation avec ceux que vise le tarif médico-légal de 1811 modifié par le décret du 30 novembre 1893, tous les certificats qui servent ou peuvent servir de point de départ à des actions judiciaires, qui, par conséquent, peuvent mêler le médecin à celles-ci et compromettre ses intérêts, donnent droit à un honoraire minimum dans le tarif *ouvrier*, de......... 5 fr.

Constatations de coups en vue de la correctionnelle ;

Constatations de sévices graves en vue du divorce ;

Constatations de viol, de contagion syphilitique, etc., etc. ;

Certificats délivrés aux patrons pour la déclaration d'accidents du travail prévue par la loi de 1898 ;

Certificats délivrés pour permettre d invoquer le bénéfice de l'article 1382 du Code civil ;

Certificats constatant l'impossibilité de tester, l'incapacité d'administrer, la nécessité d'internement (ne jamais les signer qu'en consultation avec un confrère);

Certificats de décès ouvrant le droit à la délivrance d'un capital assuré sur la vie, etc., etc.

Il importe de remarquer que, exception faite pour le certificat d'accident du travail délivré au chef d'entreprise, les deux listes ci-dessus ne comportent que des pièces réclamées par l'ouvrier, ne devant être, par respect du secret professionnel, délivrée qu'à lui-même ou à son représentant et de l'honoraire desquels il est responsable.

***

Petite chirurgie.

Les *opérations dites de petite chirurgie*, dont la liste peut être prévue de façon presque complète se groupent très rationnellement, au point de vue de la rémunération, en trois catégories.

A. La première est justiciable d'un prix équivalant à celui de la visite (auquel il s'ajoute cela va sans dire) ; soit 2 fr.

Pansement très simple ;
Vaccination ;
Pointes de feu superficielles ;
Application de sangsues ;
— de ventouses sèches ;
Petite incision ;
Mouchetures ;
Saignée :
Avulsion de dent sans anesthésie
Injection hypodermique ;

B. La *deuxième catégorie* range (*sous l'honoraire commun de 4 fr.*) — deux fois le prix de la visite simple les interventions suivantes ;

Ouverture d'abcès superficiel, suture simple, anesthésie locale, ablations d'esquilles, d'ongle semi-détaché, de parties molles condamnées, de pointe osseuse empêchant cicatrisation, hémostase par tamponnement, compression, coagulants ; — massage manuel ; — électrisation par appareils portatifs ; — extraction peu compliquée de corps étrangers ; — toucher vaginal, rectal ; — pessaires.

C. La *troisième catégorie* comprend des opérations déjà beaucoup plus importantes pour lesquelles il est équitable de fixer l'honoraire à *cinq fois le prix de la visite* simple, soit : 10 fr.

Grands pansements de brûlures, de grangrènes, de vastes traumatismes, de larges plaies post-opératoires ;

Pansements intra-utérins ;

Réunion par sutures multiples ;

Hémostase par ligature au fond d'une plaie, traitement ;

Traitement de l'asphyxie :

Evacuation de foyers sanguins ou purulents par larges débridements ;

Extraction facile de corps étrangers des cavités naturelles ;

Opérations de diagnostic : otoscopie, rhinoscopie, laryngoscopie, ophtalmoscopie, cathétérismes, spéculum, hystéromètre;

Taxis sans anesthésie ;

Injections de sérum :

Lavages de l'estomac, de la plèvre, de la vessie.

Réduction facile de luxations cédant aux méthodes de douceur, des phalanges, du maxillaire inférieur, de la clavicule, de l'épaule quand elles sont dites à répétition ;

Contention des fractures simples des côtes, de l'omoplate, du sternum, des os du crâne, etc., quand elles n'exigent pas d'interventions spéciales :

Réduction et contention des fractures simples des doigts, des orteils, des métacarpiens et métatarsiens ;

Application de petits appareils orthopédiques plâtre, silicate, etc. :

Greffes épidermiques, etc.

Chirurgie courante.

Autant qu'il est posible de tracer des limites

entre nos groupements, nous abordons maintenant celui de la *chirurgie courante*. Il est composé d'interventions de grande chirurgie qui ont pour caractéristique : leur fréquence, une gravité et un traitement opératoire assez uniformes et équivalents. C'est ce qui nous permet de lui attribuer l'honoraire commun de dix fois le prix de la visite simple, soit 20 francs.

Nous y trouvons :

L'anesthésie générale.dont le prix s'ajoute dans tout ce tarif à celui de l'intervention qui la réclame :

Le taxis sous chloroforme;

La réduction de chute du rectum ;

— du paraphimosis ;

L'ongle incarné ;

Les ponctions diverses (hydarthrose, ascite, vessie, plèvre, hydrocèle. etc.., suivies ou non d'injection) ;

Extirpation des petites tumeurs superficielles (lipomes, kystes, etc.)

Phimosis ;

Amygdalotomie ;

Luxations du poignet, du maxillaire inférieur, de la rotule ;

Fractures simples de la diaphyse, de l'humérus, du cubitus. du radius, de la clavicule, du maxillaire inférieur.

Amputation d'un doigt, ou d'un orteil.

*
* *

Grande chirurgie.

Il devient impossible de pousser plus loin notre énumération sans entrer de plain-pied dans le domaine de la grande chirurgie, où l'aléa, la complication, l'incertitude sur le mode et le résultat opératoire empêchent de prévoir avec suffisante approximation. l'importance du service rendu et par conséquent le quantum de la rémunération qui s'y attache en parfaite équité. On ne se trouve plus en présence que de questions d'espèces, et seuls seront qualifiés pour une appréciation bien fondée :

1° L'opérateur lui-même qui aura vu les difficultés ;

2° L'expert qui en aura provoqué l'indication et pesé l'importance.

Après cet aveu on pourrait s'attendre à nous voir suivre avec résignation l'exemple des médecins ou des syndicats qui, arrivés au point où nous en sommes, se sont contentés, devant chaque genre d'intervention, d'inscrire un chiffre quelconque, plus ou moins moyen, plus ou moins forfaitaire et ont cru avoir assez fait ainsi pour éclairer tous les intéressés. clients, médecins, responsables, experts, magistrats.

Que cela ait suffi naguère à des conseillers généraux fort étonnés de voir leur incompétence mise à contribution pour se prononcer sur des chiffres de ce genre, cela n'étonnera personne, presque partout ils ont voté sans lire.

Nous parlons, nous, à des gens que nous félicitons de vouloir être éclairés, à des tribunaux qui ont un droit d'appreciation et souhaitent d'en user rationnellement, à des pouvoirs publics qui désirent être fixés avec le plus de précision possible sur la part de charges que les soins médicaux donnent légalement à tels ou tels responsables.

Pour répondre à ces légitimes exigences, et aussi pour rester fidèles à l'esprit qui a dicté notre travail dès les premières éditions, nous persisterons donc à placer devant l'expert, pour chaque genre des interventions ci-dessous :

1° Un chiffre minimum pour les cas les plus simples ;

2° Un chiffre maximum pour les cas les plus graves;

3° Et entre les deux, un chiffre moyen, visant les cas de moyenne complication.

C'est la seule méthode qui donne satisfaction suffisante au principe de la rémunération suivant le service rendu, et nous ajouterons, pour vaincre les dernières hésitations, que l'on s'est fort bien trouvé du système dans certains services d'assistance et d'assurance que nous connaissons, et que les juges de paix lui ont fait le meilleur accueil. Les médecins seuls se sont montrés tièdes. parce que toujours trop routiniers ou simplistes dans des études du genre de celle-ci, où ils ne se donnent pas la peine d'apercevoir que leur intérêt et leur sécurité sont particulièrement sauvegardés et traités équitablement, au lieu d'être laissés au hasard des circonstances.

Notre tableau se présente ainsi :

	FR.	FR.	FR.
Bec-de-lièvre simple	40	50	60
— double	80	100	120
Ablation de cancer des lèvres	40	50	60
Trachéotomie	100	150	200
Ablation de cancer d'un sein	80	100	150
Empyème	40	50	60
Fistules anales superficielles	40	50	60
— — profondes	80	100	150
Castration et cure radicale d'hydrocèle	60	100	150
Cure radicale de la hernie	60	100	150
Kélotomie	100	130	150
Dilatation anale pour fissures	40	50	60
Extirpation d'hémorrhoïdes	50	100	150
Curettage utérin	50	75	100
Ténotomie	40	50	60
Sections et sutures des nerfs et des tendons	50	75	100
Ablation de tumeurs volumineuses sous-cutanées	50	75	100
Ablation de polypes utérins	75	100	150
Autoplasties étendues	100	150	200
Ouverture et drainage d'abcès profonds	75	100	150
Hématocèle rétro-utérine	75	100	150
Périnéorrhaphie	75	100	150
Uréthrotomie interne	75	100	150
Curettage, grattage, évidement, trépanation des os	50	100	150
Fracture (réduction, contention, immobilisation) de la diaphyse de l'humérus	50	75	150
— des deux os de l'avant-bras	50	75	100
— du fémur	75	100	150
— des deux os de la jambe	75	100	150
— *intra* ou *juxta* articulaire de l'épaule	100	130	160
— id. du coude	100	130	160
— — du poignet	75	100	150
— — de la hanche	150	175	200
— — du genou	150	175	200
— — du cou-de-pied	100	150	175
— — de la rotule	100	150	175
Fractures graves des os du crâne, de la face, de la colonne vertébrale, et du bassin	50	100	200
Luxations (réduction, contention, immobilisation de l'épaule)	30	50	100
Luxations id. du coude	30	[illegible]	100
— du cou-de-pied	50	75	100
— du genou	50	75	100
— de la hanche	100	150	200

Arthrotomie pour corps étrangers. ..	50	75	100
Arthrotomie pour curettages.........	150	175	200
Désarticulation du poignet et médio-earpienne..........................	100	150	200
Désarticulation du coude............	100	150	200
— de l'épaule.....	200	250	300
— du pied (tibio-tarsienne, Lisfranc, Chopart).........	100	150	200
Désarticulation du genou...........	150	200	300
— de la hanche.........	500	300	400
Amputation dans la continuité de l'avant-bras.........................	100	150	200
Amputation id. du bras.........	100	125	150
— — de la jambe	150	175	200
— — de la cuisse.....	150	175	200
Ligatures hors plaie de la radiale.....	30	50	80
— — de la cubitale.........	30	50	80
— — de l'humérale........	30	50	80
— — de l'axillaire.........	30	50	100
— — de la sous-clavière...	100	150	200
— — des tibiales et péronière................	40	60	100
— — de la poplitée.......	40	60	100
— — de la fémorale.........	50	75	100
— — de l'iliaque externe ..	100	150	200
— — de la faciale et de la temporale..........	40	60	100
— — de la linguale et des carotides...........	150	200	300

Haute chirurgie.

Nous arrivons enfin aux interventions de la haute chirurgie dont la technique est fort variable, très discutée, au moins dans ses détails, où les complications surgissent imprévues sous le bistouri, amenant difficultés, improvisations, aléas de toute sorte, où, par conséquent, l'opérateur peut seul fixer, en son âme et conscience, à la fin du drame sanglant, la juste rémunération de son effort et de son habileté.

Si nous désirons pourtant éclairer encore d'une vague lueur ce domaine plein de chausse-trapes, nous ne saurions mieux le faire qu'en empruntant à l'excellent tarif rédigé par nos confrères du Doubs et de la Franche-Comté l'essai de classification qu'ils ont tenté.

1° Autour de l'honoraire du *minimum* de 150 fr. relatif au tarif *ouvrier*, ils placent comme types, pour grouper les analogues :

Les laparotomies exploratrices;
L'hystéropexie abdominale.
Les amputations du col utérin :
L'opération de Schrœder.

2° Autour de l'honoraire de 250 francs :

L'appendicite avec résection de l'appendice ;
La cholécystotomie, la cholécystostomie ;
La néphrotomie simple :
L'ablation des kystes ovariques non adhérents;
L'énucléation des myomes utérins ;
Les colpopérinéorrhaphies ; périnéorrhaphies avec restauration de la cloison recto-vaginale :
Les fistules vésico-vaginales, recto-vaginales moyennes ;
Les hystérectomies vaginales simples et faciles ;
Les résections articulaires : épaule, coude ;
Les staphylorrhaphies, uranoplasties;
L'uréthrotomie externe, fistules uréthrales chez l'homme.

3° Autour du chiffre minimum de 400 francs nous trouvons :

Cholécystectomies ;
Hystérectomies abdominales simples ;
Résection d'intestin ;
Taille ;
Grandes fistules vésico ou recto-vaginales ;
Hystérectomie vaginale ordinaire ;
Lithotritie ;
Œsophagotomie externe ;
Opération d'Estlander ;
Résection articulaire ; poignet. pied, genou, hanche ;
Thyroïdectomie ;
Trépanation du crâne ;

4° Enfin autour de l'honoraire minimum de 500 francs ils placent (toujours comme types).

L'hystérectomie abdominale pour tumeur ;
La néphrectomie ;
L'ablation de polypes naso-pharyngiens avec résection étendue.

***

Accouchements.

Nous présentons ce passage à peu près tel qu'il était jadis, en le résumant ainsi qu'il suit :

L'accouchement, si simple qu'il soit, n'appelant même l'intervention du médecin qu'au moment de la sortie de l'enfant, n'en constitue pas moins une opération assimilable à celles de la troisième classe de la petite chirurgie, au point de vue des honoraires, et, par conséquent devant être rétribuée comme cinq visites faites à chacun des deux malades, mère et enfant, c'est-à-dire, comme *dix* visites. Donc de ce seul fait, il y a lieu d'attribuer le chiffre de 20 fr.

2° Mais qu'une hémorrhagie se produise post partum, il faudra y ajouter la rémunération pour le *traitement hémostatique*, qui équivaut à cinq visites, et le chiffre ci-dessus deviendra : 30 fr.

3° Que l'enfant soit asphyxié et qu'il y ait à le rappeler à la vie, le *traitement de l'asphyxie*, équivalant à cinq visites également, ajoutera à l'honoraire précédent encore qui sera porté à 40 fr.

4°. Les opérations obstétricales courantes forceps, version, par lesquelles le médecin substitue complètement son rôle à celui de la nature, réclament une rémunération qu'il n'est pas exagéré de fixer au triple de celle de l'accouchement simple, c'est-à-dire à : 60 fr.

5° Il faut quintupler pour celles, beaucoup plus laborieuses, qui ne permettent que de sauver la vie de la mère, en sacrifiant l'enfant ; basiotripsie, crâniotomie, détroncation, etc , et dire 100 francs.

6° Enfin toutes les grandes interventions obstétricales, qui exigent une habileté et une pratique vraiment spéciales, symphyséotomie, opération césarienne, etc..., et qui permettent souvent de sauver mère et enfant, valent certainement bien dix fois la rémunération de l'accouchement simple soit 200 francs ;

Rappelons à propos de l'accouchement : 1° que s'il dure plus de cinq heures, il y aura lieu de compter en plus 2 fr. par vacation d'une demi-heure ; 2° que le prix de l'anesthésie générale s'y trouvera quelquefois ajouté ; 3° que les chiffres ci-dessus ne comportent ni la rémunération d'aides, ni l'honoraire des visites et soins consécutifs.

***

II. Interventions des spécialistes ordinaires.

Depuis la denière édition de notre travail, les spécialistes divers, obéissant aussi à l'urgence

ont dû fixer le *minimum* de leurs honoraires dans les soins qu'ils sont appelés à fournir au monde *ouvrier*. C'est donc les tarifs de leurs soins à la clinique payante ou au modeste domicile des victimes du travail que nous voulons dresser ici d'après les documents qui nous sont parvenus de divers côtés.

A. — Oto-rhino-laryngologistes.

Visite simple et consultation à la clinique.	4 fr.
Soins simples (pansements d'oreilles, des fosses nasales, cathétérisme de la trompe, etc.)	4 »
Examen otoscopique, rhinoscopique ou laryngoscopique avec certificat	10 »
S'il y a examen complet de l'audition	15 »
Tamponnement antérieur des fosses nasales	10 »
Tamponnement antéro-postérieur des fosses nasales	20 »
Ablation simple, sans intervention opératoire, d'un corps étranger de l'oreille, des fosses nasales, ou du pharynx ... 10 fr.	20 »
Ablation d'un corps étranger du larynx, par voie endo-laryngée ... 20 fr.	30 »
Ablation chirurgicale des corps étrangers de l'oreille et du nez (par décollement de l'oreille externe, opération de Ronge ou analogue) ... 80 fr.	100 »
Ablation d'un corps étranger du larynx par laryngotomie ou trachéotomie	100 »

B. Oculistes.

Extrait du tarif minimum d'honoraires médicaux et chirurgicaux en cas d'accidents du travail (Loi du 9 avril 1898)

Établi par la Société d'Ophtalmologie de Paris et homologué par le Syndicat des médecins de la Seine.

Examen d'un blessé, constat pour la déclaration du patron	10 fr.
Tout nouveau certificat	10 »
Extraction d'un corps étranger superficiel simple n'exigeant pas plus d'une consultation	10 »
Extraction d'un corps étranger de la cornée avec kératite légèrement infectieuse, nécessitant des soins spéciaux et n'entraînant pas plus de deux consultations	20 »
Lorsque ces blessures exigent des soins demandant plus de deux consultations consécutives; chaque consultation sera payée en plus	4 »
Opérations de moyenne importance sur la cornée, la sclérotique, l'iris (suture cornéenne, autoplasties conjonctivales, ulcères infectieux, excision de prolapsus iridiens, opérations sur les voies lacrymales et les paupières. Discision de cataractes secondaires, etc.)	50 »
Opérations sérieuses (Cataractes traumatiques, extraction de corps étrangers du corps vitré, du cristallin, énucléation, éviscération, iridectomie)	100 »
Toutes ces opérations comprennent cinq consultations ou pansements consécutifs. Au-delà de cinq pansements, chaque pansement supplémentaire sera coté	4 »

Pour l'assistant nécessaire, le quart du tarif de l'opération.

Les frais d'hospitalisation, fournitures d'objets de pansements et de médicaments varieront suivant le tarif des hôpitaux de la région.

C. — Docteurs-Électriciens.

Radioscopie à l'écran	10 fr.
Radiographie de la main, du poignet, du coude, bras et avant-bras	25
Radiographie du pied, du genou, de la jambe.	30 »
— de l'épaule, du thorax, de la tête, des organes thoraciques et abdominaux, du bassin	50
Recherche de calculs, de corps étrangers, etc.	50
Électrodiagnostic, franklinisation, galvanisation, haute fréquence, vibrations, voltaïsation sinusoïdale, acuponcture électrolytique simple	10 »
Ponction, injection et électrolyse médicamenteuse d'adénites, d'hydrocèle, etc.	20 »
Lavement électrique au domicile du malade	25 »
Électrolyse linéaire de l'urètre	100 »
— — de l'œsophage ou du rectum	100 »

—

III. **Intervention des maîtres et célébrités dans le tarif ouvrier.**

En vertu des considérations que nous avons émises dès le début de notre travail, ces interventions ne peuvent et ne doivent être que rares, exceptionnelles en dehors de l'hôpital, et provoquées par les simples praticiens.

Tout s'accorde à leur attribuer en conséquence comme rémunération les chiffres ci-dessus indiqués multipliés par le coefficient 10.

Cette règle très simple et très généralement acceptée n'a besoin d'aucune distinction ni d'explications détaillées. Dr H. J.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Honoraires au médecin pour soins à l'hôpital.

Justice de paix du canton de Redon
(31 *mai* 1904.)

Entre M. H. A., docteur en médecine, demeurant à Redon, demandeur, d'une part;

Et M. X., constructeur, demeurant à R..., défendeur, d'autre part;

Attendu que le Dr A. demande que X., soit condamné à lui payer la somme de 250 fr. pour les soins médicaux qu'il a donnés à Y.., ouvrier de X.., blessé à son service le 23 février 1903.

Attendu que X.. pour repousser la demande propose deux moyens :

1° Qu'il n'existe aucun lien de droit entre le chef d'entreprise et les médecins des hôpitaux où sont soignés leurs ouvriers blessés;

2° Qu'en faisant hospitaliser un ouvrier blessé, les chefs d'industrie s'obligent non pas vis-à-vis du médecin qui donne ses soins aux malades, mais à l'égard des hôpitaux eux-mêmes;

En ce qui concerne le premier moyen :

Attendu qu'aux termes de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, le chef d'entreprise doit supporter les frais médicaux et pharmaceutiques; qu'il est donc vis-à-vis des médecins et pharmaciens, qui ont donné leurs soins ou fourni des médicaments, leur véritable débiteur et que c'est bien à lui qu'ils doivent s'adresser pour être payés de ce qui leur est dû; qu'en conséquence ce moyen ne saurait être admis;

En ce qui concerne le second moyen :

Attendu que le Dr A.. n'est pas médecin de l'hôpital; qu'il résulte des débats qu'il a été appelé à soigner l'ouvrier Y... aussitôt après son accident; que pendant plusieurs jours il l'a visité chez lui, ensuite à l'hôpital où sur son conseil il fut conduit; qu'il a pratiqué sur le blessé plusieurs opérations, réduction de fracture, amputation d'un bras.... né-

cessitant de longs pansements ; que sur la demande de la Cie d'assurances à laquelle X... est assuré contre les accidents du travail, il a fourni 4 certificats constatant chaque fois l'état du malade ;

Attendu que tous ces soins du Dr A... étaient connus de X... et aussi de la Cie d'assurances ; que le Dr A... était donc le médecin du blessé, connu et accepté par le patron X. ;

Attendu que dans ces conditions X... ne peut se soustraire au paiement de la somme due au Dr A... ; qu'en effet les médecins des hôpitaux eux-mêmes ne doivent des soins gratuits aux malades des hôpitaux que lorsqu'ils y sont admis comme indigents et qu'on ne peut classer parmi les malades de cette catégorie les ouvriers victimes d'un accident du travail ;

Attendu que le chiffre de la demande n'est pas contesté, qu'il ne paraît pas exagéré ;

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux frais ;

Par ces motifs :

Visant notre délibéré ordonné à l'audience du 24 mai courant et statuant par jugement contradictoire, en dernier ressort : condamnons X.. à payer au Dr A.. pour les causes sus-énoncées, la somme de 250 fr. ; le condamnons en outre aux frais, liquidés à la somme de 5 fr. 95 cent., non compris le coût, retrait, et signification du présent jugement auxquels il est pareillement condamné.

Ainsi jugé.....

REPORTAGE MÉDICAL

Grève de Médecins à Leipzig. — Depuis cinq mois, les médecins de cette ville avaient, pour protester contre les exigences des Sociétés de Secours mutuels, refusé d'accorder leurs soins aux membres de ces Associations. Les Comités des Sociétés de Secours mutuels refusèrent longtemps d'accepter les conditions des médecins, mais, ne pouvant se procurer les quatre-vingt-dix-huit praticiens de district nécessaires au bon fonctionnement de leur services, ils furent contraints de céder. *Et nunc erudimini !*

Tuberculose et poussières des villes. — Etudiant le rôle des poussières dans le développement de la tuberculose, les docteurs Le Gendre, médecin à l'hôpital Lariboisière, et A.-F. Plicque rapportent une observation soigneusement discutée et très démonstrative, établissant ce mode de contagion professionnelle chez un balayeur de la ville de Paris.

En s'appuyant sur de nombreux documents empruntés tant aux rapports du Conseil municipal, qu'à MM. Muntz, Brouardel, Sartiaux, Petiche a la grande commission de 1897, MM. Le Gendre et Plicque discutent les conditions peu satisfaisantes où se fait à Paris l'enlèvement et le transport des ordures ménagères. Les nuages de poussière dégagés dans le système actuel sont dangereux pour les ouvriers chargés du travail, pour les promeneurs matinaux et même (en se déposant sur les étalages de comestibles) pour tout l'ensemble de la population parisienne.

MM. Le Gendre et Plicque discutent les diverses solutions possibles, en tenant compte tant de la dépense que des contrats en cours. Ils préconisent le système des récipients d'ordures ménagères, en usage à Vienne et à Berlin : récipients fermés, à couvercle et interchangeables. Ces récipients sont enlevés chaque matin : contenant et contenu. La voiture qui les enlève laisse à leur place une boîte identique, vide et désinfectée.

Faculté et hôpitaux.

Conférences.

M. Potocki, agrégé, a commencé, le lundi 8 août 1904, à 10 h., des conférences de clinique obstétricale.

Ces conférences ont lieu les vendredis et lundis à la même heure.

Travaux pratiques.

MM. les docteurs et étudiants français et étrangers pourront être admis, sur leur demande écrite et après autorisation du doyen, à accomplir certains travaux pratiques, dans les laboratoires suivants pendant le mois d'octobre :

Chimie ; histologie ; physiologie, anatomie pathologique, parasitologie et médecine opératoire.

Les droits à verser sont de 50 francs. Les inscriptions seront reçues du 12 au 24 septembre.

Cours Dieulafoy.

Un cours pratique de clinique médicale, commençant le 19 septembre et comprenant 18 leçons aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le Prof. Dieulafoy, le matin de 10 h. à 11 h. 1/2.

Ce cours aura pour programme :

1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen du malade.

2° L'exposé des principaux procédés de recherches bactérioscopiques et cystoscopiques.

3° Les principales indications des grandes médications (thoracentèse, ponction lombaire, bain froid).

Le cours sera fait par MM. les docteurs, Griffon, chef de clinique ; Déhu et Lacaille, assistants, O. Crouzon, ancien interne et Gaultier, interne du service. Les droits à verser sont de 50 francs. On s'inscrit les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h., au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3).

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

MM. les Drs Scrini et Poulard, chefs de clinique, et M. le Dr Monthus, chef de laboratoire, commenceront, le 1er septembre 1904, à 2 heures, à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, un *cours de révision* avec conférences, examens cliniques, recherches de laboratoire et exercices de médecine opératoire. Le cours aura lieu tous les jours et durera environ trois semaines. Le droit à verser est de 50 francs.

Hospice de Bicêtre.

M. A. Léri, chef du laboratoire, commencera un cours de clinique et d'anatomie pathologique des maladies du système nerveux le 12 septembre, à 2 heures, et le continuera trois fois par semaine.

Programme du cours : Sémiologie générale du système nerveux. Modes d'examen. Exposé symptomatique des différentes affections des centres nerveux (cerveau et moelle) et des dystrophies (acromégalie, achondroplasie, myxœdème, etc.) avec présentation de malades. Examen ophtalmoscopique. Cyto-Diagnostic. Electro-Diagnostic. Exercices de Radioscopie clinique. Notions d'électrothérapie, de radiothérapie et de psychothérapie. Démonstrations d'anatomie pathologique. Technique histologique du système nerveux. Les principales méthodes de coloration. Présentation de pièces et de coupes microscopiques. Le cours comprendra 20 leçons. Chaque leçon durera 2 heures. Les inscriptions sont reçues dès maintenant à Bicêtre, le lundi, de 2 à 4 heures, ou par correspondance. Le droit est de 80 francs.

Le Directeur-Gérant : D H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'assurance contre la responsabilité civile du praticien envers ses clients.

Nous avons déjà parlé maintes fois, mais un peu en passant, des propositions qui furent récemment faites à nos confrères, par une Compagnie d'assurances à primes fixes, de les garantir contre les responsabilités civiles auxquelles ils peuvent être obligés envers leurs malades ou leurs ayants-droit.

On nous demande d'y revenir et de parler documents en main. Soit.

Voici d'abord la circulaire et l'imprimé qui ont été adressés aux médecins.

L'ABEILLE

COMPAGNIE ANONYME D'ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS.

Paris, le 21 mai 1904.

Monsieur,

Les Tribunaux du Havre, de Paris et de Roanne viennent de rendre, en date des 28 mars, 21 avril et 6 mai, trois jugements, qui affirment une fois de plus la responsabilité du médecin en cas d'erreur commise par lui au cours d'un traitement.

Ces jugements ont provoqué, de la part des médecins avec qui nos Compagnies « Accidents » et « Vie » sont en rapport, soit pour le traitement des blessés, soit pour l'examen des candidats à l'assurance sur la vie, la demande des conditions auxquelles, il serait possible de les garantir contre les conséquences de cette responsabilité.

En conséquence, nous avons établi, pour leur donner satisfaction, une police, dont nous vous remettons, ci-inclus, le modèle et qui, nous l'espérons, peut offrir toute tranquillité aux médecins qui y auront recours.

Nous vous rappelons que les trois jugements récents précités, ne sont que la confirmation de la jurisprudence établie par de nombreuses décisions judiciaires :

Cour de Cassation, 3 décembre 1857. — **Cour de Cassation**, 21 juillet 1862. — **Cour de Dijon**, 14 mai 1868. — **Cour de Paris**, 22 octobre 1888. — **Tribunal de Lectoure**, 5 avril 1895. — **Tribunal civil de Rouen**, 30 juin 1896. — **Tribunal civil de Bordeaux**, 3 décembre 1896. — **Tribunal civil de Saint-Nazaire**, 26 février 1897. — **Cour de Pau**, juin 1897. — **Cour de Lyon**, 7 décembre 1897. — **Cour de Caen**, 20 janvier 1899. — **Cour de Toulouse**, 17 mai 1902.

Si les conditions de cette police vous agréaient, nous pourrions vous en délivrer une aux conditions suivantes :

Responsabilité couverte jusqu'à 20.000 fr., prime annuelle 30 fr.

Responsabilité couverte jusqu'à 30.000 fr., prime annuelle 40 fr.

Responsabilité couverte jusqu'à 50.000 fr., prime annuelle 50 fr.

Nous nous tenons à votre disposition pour vous fournir tous renseignements, soit par correspondance, soit par l'intermédiaire de nos agents généraux.

Agréez, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

Vu :

L'Administrateur, DELAUNAY.

Le Directeur, DE SERBONNES.

L'ABEILLE

Compagnie anonyme d'Assurances à primes fixes

CONTRE LES ACCIDENTS,

57, rue Taitbout, PARIS.

Capital : QUATRE MILLIONS de Francs

DONT UN QUART VERSÉ.

ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS.

Conditions générales du Contrat.

ARTICLE PREMIER. — La Compagnie garantit les réparations civiles, auxquelles le souscripteur peut être obligé envers ses malades ou leurs ayants-droit, à raison des accidents corporels entraînant la mort ou l'incapacité permanente ou temporaire de travail, causés involontairement auxdits malades par suite d'erreurs résultant de son fait personnel, au cours de traitements ou d'opérations chirurgicales.

ART. II. — La garantie est limitée, pour chaque accident, à la somme fixée dans les conditions particulières ci-après : cette somme représente un maximum de garantie qui ne peut être dépassé, quel que soit le nombre de victimes d'une même erreur.

Les amendes ne sont pas supportées par la Compagnie.

ART. III. — La présente assurance est consentie et acceptée pour une période de dix années consécutives, sauf ce qui est stipulé ci-après.

Après chaque sinistre, la Compagnie a le droit de résilier la présente assurance, par simple lettre recommandée, mais ce droit cessera un mois après le règlement du sinistre.

L'assurance est résiliée de plein droit en cas de décès du souscripteur.

ART. IV. — Six mois avant l'expiration de la Police, le souscripteur devra déclarer, par lettre recommandée, s'il entend ne pas continuer l'assurance ; à défaut de cette déclaration, la Police continuera pour une nouvelle période d'égale durée.

ART. V. — Les primes sont payables à l'avance contre quittance émanant de la Direction générale.

La première prime et le coût de la police sont payables comptant, et la Compagnie n'est obligée qu'après ce payement.

Les primes des années suivantes sont payables d'avance aux époques indiquees dans les conditions particulières.

A défaut de paiement dans le délai de quinzaine et trois jours après l'envoi par la Compagnie, au domicile du souscripteur indiqué dans les conditions particulières, d'une lettre recommandée portant rappel de l'échéance, l'effet de l'assurance est suspendu et nul ne peut prétendre à aucune indemnité pour tous accidents survenant jusqu'au lendemain à midi du jour où les primes arriérées auront été payées à la Compagnie.

Cette déchéance est formellement convenue et acceptée comme condition essentielle des présentes et au besoin comme pénalité de simple retard et le souscripteur n'en reste pas moins obligé au paiement des primes échues et à échoir.

Il est de convention expresse entre les parties que la lettre recommandée, mentionnée ci-dessus, constituera une mise en demeure suffisante ; qu'il sera suffisamment justifié de l'envoi de la lettre par le récépissé de la poste et de son contenu par la production, soit du copie de lettres de la Compagnie, soit du talon d'un livre à souche spécialement destiné à cet usage.

Les frais de poursuites, de même que ceux d'enregistrement de la Police, sont à la charge du souscripteur.

La Compagnie aura également le droit de résilier la présente assurance par lettre recommandée, si le souscripteur ne paie pas ses primes dans les délais précités.

Dans tous les cas de résiliation, les primes échues, même par anticipation, au jour de la résiliation, sont acquises à la Compagnie.

ART. VI. — La Compagnie a seule le droit de transiger avec les sinistrés ou leurs ayants-droit ; elle sera déchargée de toute garantie en cas de transaction, de reconnaissance ou fixation par le souscripteur du droit à une indemnité.

En cas de contestation par suite d'accident entre le souscripteur et les sinistrés ou leurs ayants-droit, le premier devra, sous peine d'être déchu de la garantie résultant du présent contrat, transmettre dans les 48 heures de leur date, au siège de la Com-

---

FEUILLETON

LES CORBIÈRES

Rapport du Commissaire de surveillance.

Mon cher président,

Dès que j'arrivai aux Corbières, je me trouvai dans une ambiance reposante sur le compte de laquelle vous voudrez bien mettre le retard que j'apporte à vous adresser ce petit compte-rendu.

Voyez-vous cela un peu : le commissaire de surveillance obligé de s'arracher, par un vigoureux effort, à la douce paresse née du milieu que nous avons organisé... pour le repos des autres ! !

C'est pourtant bien là un aveu par lequel je devais commencer en toute humilité.

Et maintenant disons vite ce que j'ai vu.

Cure de villégiature maritime.

Notre Eden marin avait jadis un abord un peu sévère, vestige de son ancienne destination de pensionnat religieux. Aujourd'hui, que vous arriviez à pied par la grille d'en bas ou que, la voiture contournant les dépendances, s'arrête devant la porte principale, c'est dans une allée fleurie que vous touchez le sol ; la sœur qui vous ouvre et vous accueille est le plus souvent encadrée de bambins à la curiosité toujours en éveil : le milieu familial se trahit ainsi pour devenir une première impression qui, d'ailleurs, ne s'effacera plus.

On vous conduit à la chambre ou aux chambres que vous avez retenues. Dans ce coin réservé du home ne cherchez pas le luxe des tapis, des tentures, des bibelots encombrants ; rien ici ne rappelle le boudoir ouaté ; de l'espace, de l'air, de la lumière, tout cela à discrétion, mais rien qui vous convie à l'isolement entre quatre murs quand la chambre à coucher vous a donné ce que vous lui demandiez : le sommeil et la toilette.

Le premier coup d'œil jeté par la fenêtre ouverte va tourner du reste vos idées d'un autre côté.

A vos pieds, c'est la pelouse, un joli pre où pâturent des vaches laitières. A cette verdure que bordent deux allées d'arbres et de fleurs, nous avons volé l'emplacement du tennis et du crocket ; nous lui avons imposé des bancs dans le coin ombreux. Et vous voyez ainsi les enfants exercer leurs muscles et dépenser leur sève sous l'œil des mamans qui les guettent du banc voisin, pendant que les papas vous donnent le spécimen de toutes les variantes de la position horizontale que suggèrent l'herbe tendre, la flânerie, le cigare, le journal ou le bouquin.

Puis, tout de suite, à une centaine de mètres, c'est l'eau, c'est la mer avec des ilôts et des barques au bout de notre grève. Oui, oui, de notre grève à nous, car ces gamins qui vont du sable à l'eau, ces nageurs, ces plongeurs, qui s'agitent autour du radeau, ce sont

pagnie, toute signification, tout acte extra-judiciaire qui lui sera notifié, ainsi que tous avertissements, lettres, avis, convocations et autres documents quelconques relatifs à l'accident.

Le procès sera suivi au nom du souscripteur et sous la direction de la Compagnie, à laquelle ce dernier donne par les présentes tous pouvoirs à cet effet.

Le souscripteur ne peut, en aucun cas, sous peine d'être déchu de la garantie résultant du présent contrat, mettre la Compagnie en cause ou l'appeler en garantie dans les instances à lui intentées par les sinistrés ou leurs ayants-droit.

Si la Compagnie refuse de se charger de l'accident donnant lieu au procès, le souscripteur aura contre elle une action principale devant le tribunal compétent.

ART. VII. — Les frais judiciaires occasionnés par les instances dirigées par la Compagnie, au nom du souscripteur, sont payés par cette dernière, en outre de la garantie stipulée ci-contre.

ART. VIII. — Tout accident doit être dénoncé à l'Agence de la Compagnie dans les deux jours à partir de celui où le souscripteur en a eu connaissance. Passé ce délai, le souscripteur est déchu du bénéfice de l'assurance sans qu'il puisse se prévaloir du récépissé qui lui aurait été remis.

Extraits des Statuts. — *L'ABEILLE, Compagnie anonyme d'assurances à primes fixes contre les risques d'accidents, constituée en vertu de la loi du 24 juillet 1867 et du décret du 22 janvier 1868, au capital de* **Quatre millions de francs**, *sur lesquels un quart a été versé, peut assurer jusqu'à cent mille francs sur un risque sans réassurance.*

Coût de la Police : 3 francs.

Conditions particulières.

Entre la Compagnie L'ABEILLE, *d'une part*..........

Et M..........

Docteur en médecine de la Faculté de..........

demeurant à..........

lequel, dans la présente Police est qualifié souscripteur, d'autre part,

Il a été arrêté et convenu ce qui suit :

Aux conditions générales qui précèdent et à celles particulières qui suivent, L'ABEILLE *assure le souscripteur dénommé et qualifié ci-dessus et jusqu'à concurrence d'une somme de*..........

du chef de chaque accident prévu et défini aux dites conditions générales.

La présente assurance prendra effet à la date indiquée ci-dessous pour la signature de la Compagnie, à midi. Pour prix de cette assurance, le souscripteur s'oblige à payer d'avance, le..........

de chaque année, contre quittance extraite d'un registre à souche émanant de la Direction, à Paris, une prime de..........

....

Les conditions générales et particulières, imprimées et manuscrites de la présente Police, sont ainsi convenues et arrêtées entre les parties pour être exécutées expressément et de bonne foi.

Ainsi fait et signé en..........*originaux pour le souscripteur à*..........

le..........*mil neuf cent*..........

et pour la Compagnie, à Paris, le..........

mil neuf cent..........

POUR LA COMPAGNIE :

Le Souscripteur, Un Administrateur, Le Directeur.

....

Quand, en présence de ces documents, nous avons fait appel à nos souvenirs, nous y avons trouvé que *l'idée* n'était pas neuve, puisque le Conseil du «Sou médical» en avait délibéré à fond dès la naissance de cette Société, avec la pensée de créer cette organisation nous-mêmes.

Mais il apparut à tous qu'une grosse question de principe devait la faire différer ou même écarter.

Dans la discussion Pinard-Maxwell, comme dans toutes celles qui ont eu trait, de près ou de loin, aux affaires Laporte, Lafitte, etc... nous avons toujours été du côté Pinard, pour la thèse qui ne veut pas que l'initiative du médecin, même risquée, mais jugée par lui nécessaire, soit limitée par des incompétences auxquelles il plaira de la qualifier d'erreur, d'imprudence ou de faute lourde. Nous ne croyons pas que le praticien soit tenu de consulter ces incompétences avant l'in-

---

des hôtes des Corbières, ce sont nos curistes, comme les joueurs de tennis, comme ceux qui garnissaient les bancs, comme ceux aussi qui nagent à leur façon dans la verdure, comme ce péripatéticien qui arpente l'allée de droite, comme ceux qui de l'allée de gauche, contemplent notre immense potager.

Mais alors, allez-vous me dire, la maison est pleine ?

Quand le coup de cloche du repas, une heure après mon arrivée, eut fait rallier tout le monde, votre conseil de surveillance eut l'honneur de présider un repas de 56 couverts, assez serrés pour que des dispositions déjà prises devant le flot montant nous aient permis, les jours suivants, de satisfaire à une douzaine d'arrivées nouvelles. Présider, ai-je dit ! non, retirons vite ce vocable intempestif. On prend sa part d'un repas de famille, où il est sacrifié à l'appétit et à un laisser-aller de bon ton, mais non à l'étiquette, car celle-ci s'accommode mal de la vie en vacances. Je viens donc d'être mêlé à peu près en simple observateur à ces agapes des Corbières et je vous en dois un écho.

Autour de cette table, où se coudoient dans une véritable bonne humeur, des familles du *Concours médical* et des amis de celles-ci, des Anglais depuis longtemps habitués de la côte d'Emeraude et particulièrement de sa petite Provence, des opérés convalescents, qui chantent les louanges de nos amis MM. les Drs Labbé et Ferrand, etc. vous trouvez représentés tous les âges, toutes les opinions, toutes les religions, toutes les carrières, et les trois ou quatre principales nationalités d'Europe. Cosmopolitisme et tour de Babel, allez-vous dire. Eh bien ! non, tout ce monde *s'entend* à merveille et s'adapte sans effort à ces heures de vie commune que représentent les repas. Un bon génie, qui passe ici d'une façon trop intermittente, M. Paul Gonin, aidé de certaines influences permanentes, trouve toujours moyen de créer et d'entretenir entre nos hôtes ces relations et ce lien d'où résulte l'impression de milieu familial pressentie dès l'arrivée. Puis, c'est le même objectif qui réunit ici toutes ces individualités ; ce sont les mêmes habitudes qui les rapprochent si bien que nous les voyons tous arriver à cette préoccupation imprévue : le souci de nous aider à améliorer des détails imparfaits comme toute création en comporte et la préoccupation d'assurer à celle-ci bon renom et prospérité grandissante ! ! Je vous avoue que, plus habitué à voir et à tolérer de l'égoïsme chez les malades, je ne m'attendais pas à faire ici cette constatation d'ordre tout différent.

A la réflexion, d'ailleurs, ce fait s'explique très bien, et toujours par l'observation renouvelée à la salle à manger, où je vous retiens prosaïquement encore un instant, si vous le permettez. Ce ne sont pas des malades, ces gens qui viennent s'installer à notre pavillon de cure maritime et manger à la table commune : ce sont des fatigués, des anémiés, des languissants que la claustration, le surmenage de la vie scolaire ou d'une existence à toute vapeur,

★

tervention qu'il juge nécessaire en cas d'urgence ; nous croyons que, devant être la tête qui dirige, combine, prend les décisions, il ne peut se borner au rôle de main experte obéissant à l'appréciation étrangère ; nous pensons que la profession, étant un art, ne peut être soumise, devant le bon sens ou le Code, aux règles étroites d'une science positive ; nous récusons en conséquence le verdict issu d'une opinion différente et entendons le contester tant que nous serons médecins.

Ce n'est pas là de la prétention, quoi qu'on en dise ; c'est l'expression d'un sentiment du devoir qui nous fera toujours placer l'intérêt de notre malade au-dessus des menaces du code. Nous entendons rester libres d'agir pour le mieux de cet intérêt, et nous refusons d'être déclarés responsables, quand notre conscience, quoi qu'il soit arrivé, nous dit que ce que nous avons fait était ce qui nous paraissait indiqué.

Comment, dès lors, nous incliner d'avance devant le principe d'une responsabilité et nous assurer contre celle-ci ?

Ne serait-ce pas dire aux tribunaux : « Allez-y, ne vous gênez pas ; écoutez toutes les accusations; nous sommes pécuniairement à l'abri ? »

En dehors de cette question de principe, on vit surgir dans nos délibérations l'idée d'une question de moralité générale et professionnelle.

On se souvint des périodes où sévit la *furia secandi* ; on eut peur de certaines nouveautés telles que la tuberculine de Koch. Couvrir tout cela de la garantie d'une assurance, ne serait-ce pas s'exposer à provoquer une loi analogue à celle qui vient d'être jetée en travers des assurances belges sur la mortalité infantile ?

Pour ces motifs principaux et quelques autres plus secondaires, le Conseil du « Sou médical », conclut à l'abstention.

A la proposition de l'« Abeille » s'opposent les mêmes arguments, qui n'ont rien perdu de leur valeur.

Mais d'autres viennent s'y ajouter encore.

Lisez, dans la police, les restrictions, les réserves, les clauses de déchéance, etc. On ne rembourse pas les amendes, le droit de résiliation toujours au gré de l'assureur, le droit de transaction réservé à lui seul, impossibilité pour le souscripteur de mettre la compagnie en cause ou de l'appeler en garantie, délai de déclaration de l'accident réduit à 48 heures, substitution de l'assureur à l'assuré dans la direction des procès, voilà tout un luxe de clauses protectrices de l'intérêt de la Compagnie, qui ne dit rien de bon pour celui du praticien tenté de se croire en pleine sécurité.

Et cela vous fait souvenir que, dans l'incendie, plus d'une compagnie ne voulut payer que la moitié d'une chaise quand il restait deux pieds de celle-ci.

Donc, d'un côté, indemnité toujours à débattre, même quand on se la croyait acquise sans conteste.

Du côté des primes, c'est différent : on a le chiffre large.

Très gaillardement, les offres commencent au chiffre *minimum* de 20.000 fr. de dommages-intérêts à prévoir.

Or, il n'est que très rarement atteint, notamment dans les arrêts signalés par la circulaire, arrêts que le *Sou médical* avait les meilleures raisons de connaître et sur lesquels il basait des calculs aux éléments plus modestes.

En résumé, cotisations excessives pour indemnités mesquines délivrées à contre-cœur et à coups de chicane peut-être.

Confrères, abstenons-nous jusqu'au jour où, si nous nous étions trompés sur la question de principe, nous serions les premiers à vous dire : « Assurez-vous, c'est bien, mais assurez-vous vous-mêmes ».

Dr H. J.

---

ont placés sur une pente, où ils auraient vite glissé si l'intervention du médecin ne les avait tout à coup et avec raison changés radicalement de milieu. En un clin d'œil (deux ou trois jours), sous l'influence du calme, du repos et, d'autre part, grâce au coup de fouet que donne l'air marin à l'activité de la digestion et de l'assimilation, la transformation s'opère. Le perpétuel malaise, l'atonie générale, le sentiment de lassitude, s'évanouissent comme un songe; et tous ces menacés, tous ces suspects, entrent d'un bond dans cette sensation de bien-être et de gaieté qui caractérise toute convalescence. A leurs yeux, cette brusque et agréable métamorphose tient du miracle ; ils en font avec raison remonter l'honneur aux Corbières et chantent les louanges de notre création nouvelle avec une ardeur qui rappelle les enthousiasmes de Lourdes.

De fait, ni à l'hôtel le plus confortable, ni dans les villas luxueuses, vous ne trouverez l'état d'âme que je tenais à vous signaler, et qui fait songer à ce milieu de foi et d'entraînement si caractérisé dans les sanatoriums. On se plaît chez nous, on le crie et, devant l'envahissement, qui surmène notre personnel et nous force à l'augmenter sans cesse, ce sont nos pensionnaires qui viennent nous dire : « Augmentez vos prix, sous peine d'être débordés par l'encombrement et les frais qu'il entraîne. »

Très légitime, en effet, la crainte de nos hôtes. J'avais interrompu cette lettre avant hier pour emmener en excursion à Cancale 28 d'entre eux ; en reprenant la plume, aujourd'hui je constate que nous abritons maintenant 76 personnes ! Et les demandes arrivent toujours, et toutes les chambres seront prises dans 24 heures. Nous en sommes à souhaiter quelques départs pour ne pas refuser les entrées. C'est le succès, le plus complet succès dans cette branche de notre programme, si bien que l'an prochain, il faudra élever les prix pour traverser, sans trop de charges, cette période de la cure estivale, où le prix des vivres et les frais de personnel supplémentaire sont considérablement augmentés.

Hospitalisation.

Le service d'hospitalisation des tuberculoses osseuses, articulaires, etc., justiciables de la thalassothérapie, ne pouvait, cela va sans dire, subir une progression aussi rapide que l'autre. Trop de médecins sont encore enclins à demander aux pansements, au bistouri, à la pharmacopée, le traitement de ces affections ; ils ne savent, n'ayant pas vu ; ils ne croient pas, même après les travaux et communications des spécialistes, que l'air marin soit l'indispensable élément du succès, et leur insuffisante conviction sur ce point, (comme en matière d'action curative des eaux thermales par exemple) ne leur permet pas de dire aux familles : « En route pour la mer quelle que soit la saison ! ». On leur oppose mille arguments sans consistance, et ils s'inclinent, sans avoir répondu que l'enfant peut sé-

LA SEMAINE MÉDICALE

L'hypospadias balanique et pénien.

D'après M. le Dr Bilhaut, de Paris, l'hypospadias est une malformation consistant dans l'ouverture anormale, congénitale de la paroi inférieure de l'urèthre.

Cet état, même dans ses modes les plus atténués, constitue une réelle infirmité : il prédispose l'adulte à contracter la blennorragie ; la miction se fait d'une manière défectueuse ; dans les cas d'hypospadias pénien, ct à plus forte raison dans ceux d'hypospadias scrotal, l'incurvation de la verge augmente parfois de telle sorte pendant l'érection que le coït est matériellement impossible ; dans nombre de cas, la fécondation ne peut avoir lieu, l'éjaculation se faisant par un orifice trop rapproché du scrotum.

Ce sont là autant de raisons pour légitimer l'utilité d'une restauration, jugée jadis impossible. Or, aucune réfection orthopédique ne comporte plus de mécomptes. Les anciens procédés n'ont donné de résultats définitifs qu'au prix de tâtonnements, de réfections successives, complémentaires, et l'on ne compte plus les échecs. Souvent, il faut s'en prendre aux motifs les plus futiles, en apparence : infection de la ligne de suture par le contact prolongé de la sonde à demeure; retour d'un écoulement blennorrhagique sous les mêmes influences ou par suite de la stagnation dans l'urèthre postérieur de quelques gouttes d'urine servant de bouillon de culture ; poussées trop énergiques d'une vessie devenue irritable ou enflammée, au contact de la sonde et, partant, éclatement de la ligne de suture, etc.

Un procédé nouveau, décrit et exécuté en premier lieu par Beck, marque une étape nouvelle et féconde ; il consiste à disséquer l'urèthre d'avant en arrière, à pousser assez loin la dissection pour utiliser l'élasticité de ce conduit et l'avancer assez pour le fixer, en fin de compte, à l'extrémité du gland. Pour cette fixation, le gland est perforé, de haut en bas ou de bas en haut, avec un bistouri aigu, à lame fine ; on introduit dans ce tunnel une pince de Kocher qui, saisissant l'extrémité du canal, l'attire au ras de l'orifice balanique : là on le suture.

Les lambeaux disséqués le long du canal sont alors réunis à points séparés sur la ligne médiane ; les fils traversent au passage la partie périphérique du canal, sans toutefois pénétrer dans sa lumière.

Avec ce procédé, plus de sonde à demeure et parfaite étanchéité du canal, à la condition que la dissection ait été très soignée ; guérison comme une plaie des plus simples.

C'est ce procédé qui est actuellement suivi par M. Bilhaut. Il cite l'observation d'opérés plusieurs fois traités sans succès définitifs par les procédés anciens et guéris *per primam* par la mobilisation, l'avancement de l'urèthre et la fixation à l'extrémité du gland tunnellisé.

Mobilier des phtisiques et contagion tuberculeuse.

Au dernier Congrès d'hygiène sociale d'Arras, les Drs Henri Bloc et A.-F. Plicque, après avoir rappelé les notions historiques et expérimentales prouvant ce mode de contagion, donnent de son importance une démonstration saisissante.

Parmi les personnnes appelées par leur profession a manier fréquemment le mobilier provenant de sujets phtisiques, figurent au premier rang les porteurs de l'hôtel des ventes Or, ces porteurs, bien que très robustes et très rangés, bien qu'ayant des conditions plutôt satisfaisantes d'existence, ont une mortalité très grande par tuberculose. Cette mortalité par tuberculose, dans les vingt dernières années, a atteint 72 % des décès. Elle est supérieure à celle des professions les plus

---

journer aux Corbières, sans ses parents, que s'il plaît à ceux-ci de l'accompagner ils y seront parfaitement installés, que les prix sont fixés d'après la durée du séjour, le local d'habitation choisi, qu'en un mot, l'établissement adapte ses conditions à la clientèle du praticien, s'interdisant seulement le rôle de sanatorium d'indigents, parce que celui-ci existe déjà à Berck, à Pen-Bron, à Saint-Trojan, à Banyuls, à Arcachon, etc., et possède déjà plus de lits qu'il n'en utilise.

Pourtant, nous en sommes à prévoir, pour les mois prochains, l'insuffisance de nos dortoirs, et, restant dans la règle de l'isolement de ce service, nous vous proposerons d'y annexer une fort belle pièce de l'ancien cloître dont les larges fenêtres s'ouvrent droit sur la mer et qui sera particulièrement destiné aux fillettes.

J'ai vu les résultats obtenus par nos amis Labbé et Ferrand. Tous nos hôtes, réunis samedi dernier en un joyeux repas, auquel nous avions invité ces confrères, m'ont prié de leur en exprimer une vive reconnaissance et je l'ai fait avec la chaleur d'une ardente conviction, car je venais de passer en revue toutes ces bonnes petites balles de bambins s'arrondissant et se colorant à vue d'œil depuis qu'ils vivent aux bords de la grande Bleue. Combien j'ai regretté, à cette inspection, de n'être pas entouré de tous nos sociétaires du « Concours médical » ils eussent pris là une leçon de choses, qui leur éviterait la lecture de bien des articles.

Que de responsabilités et de récriminations ils s'éviteraient, en confiant au Dr Ferrand toutes ces coxalgies et arthrites spécifiques qui aboutissent à l'infirmité définitive, quand la cachexie lectuaire et claustrale ne règle pas la question par provocation de la tuberculose pulmonaire ! Qui de nous n'a dans ses souvenirs, des faits de ce genre avec l'impression qu'alors il ne sut pas vouloir, exiger, imposer le traitement général nécessaire ? Nous avions une excuse à cette époque : le sanatorium marin pour malades payants n'existait pas, il fallait intriguer pour prendre le lit d'un pauvre. Aujourd'hui, nous l'avons, nous le développerons autant qu'on le voudra ; il suffit d'écrire sur l'ordonnance : « Le malade séjournera aux Corbières dès qu'il sera transportable » et notre conscience professionnelle sera satisfaite.

A la prochaine réunion du Conseil du Patronage medical, je vous donnerai de vive voix toutes mes observations de détail, mon rapport sur les chiffres, mes propositions pour l'avenir. Pour aujourd'hui, je me contente de vous adresser à vous et à vos collègues du Conseil, le *satisfecit* du contrôle, et il se traduit par cette simple formule : « Les Corbières, c'est un succès de plus ».

Dr H. Jeanne,

Commissaire de surveillance du Patronage médical.

exposées (médecins 14 %, religieuses hospitalières 27 %, infirmiers 58 %).

MM. Bloc et Plicque insistent sur la nécessité d'une désinfection complète de tous les objets (linge, meubles, livres, habits, etc.) provenant des phtisiques avant que ces objets ne soient ou donnés ou mis en vente.

Ils recommandent même la destruction pure et simple par le feu, pour les objets ainsi contaminés, quand ils sont de minime valeur.

Pouvoir déchlorurant de la digitale et de la théobromine.

D'après les très remarquables recherches de MM. J. Courmont et Genet, la *digitale et la théobromine*, lorsqu'elles agissent comme diurétiques, *sont d'énergiques déchlorurants*. Non seulement, la diurèse n'est pas une diurèse purement aqueuse, mais l'urine est proportionnellement (au litre) plus salée qu'avant: Par exemple. Un malade émet un litre d'urine salée à 4 pour 1000 ; après administration de la digitale, il émet 4 litres d'urine ; ce n'est pas 12 grammes de chlorures qui seront ainsi éliminés dans les 24 heures, mais bien 18 grammes, parce que l'urine digitalique sera salée à 1 pour 1000. Il en est de même de la théobromine. La déchloruration est supérieure à la diurèse.

Chez les brightiques, la théobromine agit au maximum ; la digitaline agit, mais beaucoup moins. *Chez les cardiaques*, la *digitale* seule agit ; la théobromine est même souvent nuisible. Cela ne fait que confirmer les données de la clinique classique, mais cela les explique.

La courbe du poids des malades en puissance d'anasarque (cardiaques ou brightiques) est, en général, inverse de celle de la quantité des urines émises ; mais ce rapport est loin d'être rigoureux. Elle est, au contraire, *calquée sur la déchloruration du malade*, c'est-à-dire sur le rapport entre l'élimination et l'ingestion des chlorures. *Elle indique très fidèlement si l'élimination est supérieure, égale ou inférieure à l'ingestion.* Tant que le poids baisse, la déchloruration s'accomplit, l'élimination est supérieure à l'ingestion ; si le poids est stationnaire ou faiblement ascendant, l'élimination correspond à l'ingestion ; si le poids augmente notablement, on peut être sûr que l'élimination est inférieure à l'ingestion, qu'il y a *chlorurémie*, rétention chlorurée. Bien avant que l'anasarque soit cliniquement diagnosticable, bien avant que le malade accuse des malaises, alors que, suivant l'heureuse expression de Widal et Javal, le *préœdème* seul commence à s'établir, les tissus se surchargeant en sel, puis en eau, la balance peut nous avertir du danger. On doit alors commencer sans tarder la cure de déchloruration, avant que les symptômes cliniques la rendent inévitable.

L'emploi de la balance a, dans ces conditions, deux avantanges essentiellement pratiques : la conservation des urines et le dosage des chlorures sont deux opérations toujours délicates ; la seconde n'est pas à la portée de la grande majorité des médecins ; or, elles ne sont ni l'une, ni l'autre indispensables. Il suffit de peser soigneusement le malade, opération facile et que tout praticien peut faire pratiquer en sa présence, sans fraude possible. L'augmentation de poids indique suffisamment l'apparition du préœdème et la nécessité de prévenir l'œdème véritable pa une cure de déchloruration plus ou moins longue. Les malades en puissance d'anasarque (cardiaques ou brightiques), n'ont plus, lorsqu'ils sont régulièrement surveillés avec la balance, ces alternatives de périodes très courtes de bien-être relatif et de périodes d'asystolie complète ; ils n'ont plus besoin d'être aussi fréquemment et aussi longuement soumis au régime lacté, si difficile à maintenir ; on peut leur laisser une plus grande latitude de régime tant que leur poids est stationnaire, et prévenir cependant les crises d'anasarque, en les traitant hâtivement, dès que leur poids augmente.

Dans le service de M. Courmont, on a adopté la règle suivante : Tous les malades en puissance d'anasarque sont pesés tous les trois jours ; leur poids moyen est indiqué sur la feuille par une ligne horizontale de couleur. Tant que leur poids reste au dessous de cette dernière, ils ont une latitude assez grande de régime : dès que la ligne est atteinte, ils sont soumis à un *régime aussi peu chloruré que possible* (lacté ou non ; la teneur moyenne en sel des aliments journaliers n'est que de 2 gr. environ, si on n'en ajoute pas) ; si elle est dépassée, un supplément de déchloruration est immédiatement demandé à la *digitale* pour les cardiaques (c'est surtout chez les cardiaques que la simple déchloruration est souvent insuffisante), à la *théobromine* pour les brightiques. Ces malades mènent ainsi une existence relativement agréable, n'arrivant presque jamais complètement à l'anasarque et à l'asystolie.

Grâce à la balance, un médecin quelconque, même peu familiarisé avec la question des chlorures, *peut*, connaissant ces préceptes, *diriger avec certitude le traitement déchlorurant de ses malades atteints de cardiopathie ou de néphrite.*

Il peut même, comme Widal l'a bien montré, connaître le pouvoir éliminateur du rein quant au chlorure de sodium ; il suffit de faire peser journellement le sel ingéré et de l'augmenter progressivement. Le poids augmentera dès que le pouvoir éliminateur du rein sera dépassé. Le médecin saura ainsi dire à son malade au-dessous de quelle quantité de sel (très variable suivant les cas et suivant les périodes) il doit rester pour ne pas enfler. C'est un ingénieux moyen de connaître la perméabilité rénale, sans même conserver les urines.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec : M. le Professeur Landouzy.

Le tétanos céphalique.

Tout récemment, M. Bourcy me priait de venir voir un malade entré dans son service avec des symptômes permettant de poser le diagnostic de tétanos céphalique. Je désire profiter de ce cas, pour vous parler de certaines formes larvées, à manifestations céphaliques, du tétanos, qu'il est important, à bien des points de vue, de connaître.

Sous prétexte que le tétanos s'observe dans les services de chirurgie, les médecins en négligent volontiers l'étude, et ils y attachent un intérêt plu-

tôt doctrinal que pratique. Eh bien ! il existe là une erreur à laquelle la clinique journalière se charge de donner un démenti. La question du tétanos appartient à la fois à la pathologie générale, à la médecine, et à la chirurgie. Il n'est pas d'année où, dans nos salles de médecine, ne se présentent un ou même plusieurs exemples de cette affection. Vous venez d'en voir un chez M. Bourcy ; j'en ai rencontré plusieurs à Laënnec, à la Charité, à Tenon ; peut-être aussi, le malade renversé hier par un tramway et entré ce matin à l'hôpital, en est-il un nouveau cas.

Les tétanos qui s'adressent au médecin ne sont pas ces malades classiques, avec leurs convulsions cloniques, leurs contractures toniques, le trismus, la dysphagie, l'opistothonos, ces grands signes de la crise tétanique, ce grand « jeu », si je puis employer une telle expression, qui semblait seul, autrefois, caractériser la maladie. Le tétanos, dont je veux parler (je ne le qualifierai pas de médical puisqu'il ne diffère pas du tétanos chirurgical) est plus discret, plus trompeur. Il est larvé, comme les tuberculoses à masque névropathique dont je vous ai déjà entretenus. Ses manifestations sont surtout céphaliques et cervicales, et il prend l'aspect d'une contracture postparalytique ou d'un rhumatisme : tels sont effectivement les noms sous lesquels les patients et quelquefois aussi les médecins le désignent.

Vous observerez des individus ayant la commissure labiale déviée, une sorte de contracture analogue à celle qui succède aux vieilles hémiplégies faciales. D'autres ont une contracture des masséters, parfois si intense qu'ils peuvent à peine introduire le dos d'une cuiller dans la bouche ; une contracture des ptérygoïdiens les empêchant de faire exécuter des mouvements de latéralité à leurs mâchoires, acte que nous pratiquons instinctivement pendant la mastication ; chez eux, le jeu de meule, produit par l'intermédiaire des ptérygoïdiens, est impossible. Ils se plaignent de malaises, qu'ils ne définissent pas bien, leur parole est difficile, l'alimentation entravée, la tête plus ou moins maintenue en extension avec un retentissement douloureux au niveau ou entre les épaules. On appelle cela du « rhumatisme » et, effectivement, le rhumatisme suffit à interpréter ces phénomènes jusqu'au jour où, s'ajoutant aux spasmes toniques, surviennent des convulsions cloniques. A l'immobilité de la tête et du cou, à la contracture des masséters, se joignent des mouvements verticaux ou latéraux de la tête, mouvements de négation ou d'affirmation ressemblant à des tics céphaliques. Puis lorsque, finalement, les convulsions se généralisent, les spasmes pharyngiens, l'opistothonos, les grands signes en un mot du tétanos, apparaissent, la nature de l'affection devient évidente.

Pendant longtemps, ces cas-là ont été étiquetés « rhumatisme » et c'est seulement en 1888 qu'ils ont été décrits par MM. Terrillon et Schwartz sous le nom de «tétanos céphalique»: ils méritent cette qualification, parce que les contractures et les convulsions se produisent dans la sphère cervico-faciale, à la tête, au cou, aux épaules.

Les malades en question ont été victimes d'un traumatisme, mais d'un traumatisme tellement minime, qu'ils n'y ont pas attaché d'importance. Aussi s'acheminent-ils de préférence à la consultation de médecine plutôt qu'à celle de chirurgie. Quelquefois même, ce sont les chirurgiens qui nous les envoient.

En 1889, se présentait à l'hôpital Tenon, à la consultation de chirurgie, une femme de 51 ans, ayant une plaie à la région de l'arcade sourcilière. La plaie était très légère, mais la malade se plaignait de douleurs de tête et de fièvre ; la langue était saburrale et il existait un spasme facial tirant la commissure labiale gauche, une certaine raideur du cou avec flexion sur l'épaule et douleur inter-scapulaire. Renvoyée en médecine, je l'examinai le lendemain matin et, en présence de cette contracture intense, je cherchai s'il n'existait pas d'ancienne hémiplégie faciale. Elle avait reçu quelques jours auparavant, de son mari — au cours d'une discussion conjugale — un coup dont sa blessure de l'arcade sourcilière était le résultat, mais elle n'y attachait pas d'importance et venait demander conseil pour la gêne de sa parole, de sa déglutition, pour la difficulté qu'elle éprouvait à se vêtir, pour son « rhumatisme », comme elle l'appelait. Je portai le diagnostic de tétanos céphalique et montrai la patiente à mon collègue de chirurgie, en lui demandant d'ouvrir la plaie, de ruginer l'os, de procéder à une désinfection de la région atteinte. Mon collègue, trouvant le diagnostic de tétanos un peu prématuré, ne jugea pas à propos de pratiquer cette intervention. La fièvre s'éleva rapidement et au bout de deux jours le soi-disant rhumatisme fit place à un tétanos évident avec opistothonos, mouvements cloniques et mort. Comme il s'agissait d'une affaire médico-légale, je dus pratiquer l'autopsie, à la Morgue : je trouvai seulement au niveau de l'arcade sourcilière, une petite esquille. Voilà donc une femme atteinte de tétanos à début céphalique, forme larvée au début, qu'un chirurgien, expérimenté cependant, ne voulut pas reconnaître.

En matière de tétanos, comme en toute autre circonstance d'ailleurs, on ne doit pas attendre, pour poser le diagnostic, l'ensemble symptomatologique complet. Que le processus soit entier ou qu'il se limite à quelques contractures, ce n'en est pas moins le même tétanos, relevant du même bacille, de la même toxine. Lorsque le bacille de Nicolaïer a pénétré dans une plaie, il s'ensuit un tétanos, dont la symptomatologie variera au prorata du terrain et de l'agent pathogène.

Le deuxième malade de ce genre que j'ai observé était un garçon de ferme. Cet homme, en sautant dans une voiture remplie de fourrage, avait frappé son os malaire gauche contre une dent de fourche. Il s'en était suivi une piqûre, pénétrée par la terre des champs, à laquelle le patient n'avait naturellement pas pris garde. Le lendemain, se sentant fiévreux, il entre à l'hôpital. L'hyperthermie s'élève à 39° et on note un hémispasme facial, ressemblant à ceux que vous pouvez voir à Bicêtre ou à la Salpêtrière, chez les individus atteints d'une ancienne paralysie faciale; en même temps, on trouve du torticolis et de la douleur inter-scapulaire. Le jour suivant, le facies est le même, la température atteint 40° et il s'y ajoute des mouvements spasmodiques de la tête ainsi qu'un trismus, rendant impossible l'examen de la gorge. Une dysphagie intense empêche l'alimentation et nécessite la nourriture rectale pendant 2 jours. Je fis le diagnostic de tétanos céphalique et demandai à M. Potherat de venir le voir et de lui faire une ablation, une abrasion de toute

la région blessée. L'opération fut effectuée très largement le troisième jour du traumatisme ; le lendemain de l'intervention, une détente nette avec abaissement de la température à 37°6 se produisit.

Nous savons que les plaies de la partie supérieure du corps s'accompagnent plus facilement et plus rapidement de tétanos que celles de la partie inférieure. Il existe, à ce point de vue, parallélisme entre le tétanos et la rage. Une plaie de la tête est plus redoutable, quant à ces deux affections, qu'une plaie de l'index et celle-ci est elle-même plus à craindre qu'une plaie de l'orteil. L'incubation de la rage est plus longue et sa gravité moindre si la morsure a été faite au mollet que si elle siège au doigt ou au flanc. Pour le tétanos, il en est également ainsi et, chez les malades dont je viens de parler, dès le lendemain de l'accident, après une blessure de la face, les troubles commençaient alors qu'ils ne débutent souvent qu'au huitième, dixième, quinzième jour s'il s'agit d'un traumatisme de la main, au quinzième et au trentième jour parfois, s'il s'agit d'une lésion de l'orteil. D'autre part, nous le savons, le bacille de Nicolaïer se développe sur place, il ne se répand pas dans l'organisme comme le fait le bacille d'Eberth : il reste sur le foyer de la blessure comme le bacille de Lœfflèr sur la fausse membrane diphtérique. Il y élabore une toxine que la circulation absorbe ; de même que la diphtérie, le tétanos est une intoxication consécutive à une infection *loco dolenti*. Le bacille de Nicolaïer n'est jamais rencontré qu'au foyer de la blessure où il reste localisé : aussi, cette région, constituant le centre tétanifère, doit-elle être l'objet d'une attention spéciale et d'une intervention large de la part du chirurgien.

On avait déjà, autrefois, fait la remarque suivante : parmi les individus atteints de traumatismes, les uns, dont les foyers avaient été enlevés immédiatement, par une amputation je suppose, ne devenaient jamais tétaniques, alors que les autres, dont les parties traumatisées avaient été conservées, le devenaient quelquefois. Cette observation amena les anciens chirurgiens à proposer l'amputation des membres lésés chez les malades en plein tétanos, thérapeutique qui ne donna aucun résultat. La déduction etait défectueuse, l'exérèse du foyer étant une mesure préventive et non curative, au même titre que l'usage des injections de sérum anti-tétanique. Voici comment il faut comprendre la question.

L'ablation des tissus blessés, en éliminant le bacille, élimine le centre tétanigène ; si le bacille n'a pas encore créé son intoxication, l'affection est enrayée. Le nettoyage complet de la plaie, l'abrasement et l'asepsie suffisent à obtenir ce résultat, sans qu'il soit nécessaire de procéder à de larges amputations, l'agent pathogène pullulant seulement sur place. L'intervention a pour but d'empêcher le bacille de produire de nouvelles « décharges » de toxines ; elle est préventive, mais ne saurait avoir aucune espèce de prétention contre les phénomènes toxiques déclarés. L'action du sérum anti-tétanique est analogue. Il n'empêche pas les accidents dus aux toxines qui ont pénétré avant-hier ou hier dans la circulation mais il prévient ceux de demain. Vous vous demandez, dès lors, pourquoi chez nos malades atteints de tétanos nous employons ce sérum. Chez le patient de M. Bourcy, par exemple, nous avons injecté 10 centimètres cubes à son entrée, 10 cent. cubes le surlendemain, 20 le quatrième jour et ainsi de suite, donnant ainsi 70 cent. cubes en 18 jours. Si la médication n'a pas d'effet contre les accidents déclarés, n'oublions pas que, aussi longtemps qu'il existe des bacilles de Nicolaïer dans les anfractuosités de la plaie, ces éléments continuent à faire de la tétanine. L'injection de sérum pratiquée ce matin, je suppose, ne vise pas les accidents commencés hier, elle est destinée à lutter contre ceux de ce soir ou de demain. Vous comprenez dès lors pourquoi je fais nettoyer la plaie et injecter du sérum chez ces malades. Vous saisissez également pourquoi, dans les plaies de la tête, le tétanos développe sa symptomatologie plus rapidement, le voisinage du cerveau étant plus immédiat, le chemin moindre à parcourir pour la toxine. Le sérum agit contre la toxine encore en marche.

Nous utilisons le sérum chez les tétaniques déclarés et nous l'utilisons à titre préventif comme chez ce malade, blessé hier par un tramway, boulevard de Clichy et qui est entré ce matin à l'hôpital. Nous n'hésitons pas à le faire puisque même à hautes doses, le sérum ne détermine jamais ni accident local, ni accident général et qu'il n'offre, à la vérité, aucun inconvénient. Certains chirurgiens même ont adopté comme règle de pratique, chez tout individu victime d'une chute, tombé à terre, écrasé par une voiture, dont la blessure, en un mot, a touché le sol, de recourir systématiquement à une injection préventive de sérum anti-tétanique à la dose de 10 à 20 centimètres cubes, selon l'âge. M. Bazy, M. Quenu entre autres, appliquent cette mesure dans leurs services hospitaliers. M. Bazy, étant chirurgien de l'hospice de Bicêtre, eut l'occasion de faire l'observation suivante. On exécutait, à cette époque, au voisinage de l'établissement, d'importants travaux de terrassements et il ne se passait guère de jour où des ouvriers blessés n'entrassent à l'infirmerie pour des traumatismes souvent légers. Une fois, une épidémie de tétanos se produisit. M. Bazy exigea immédiatement que tout blessé fût soumis à une injection préventive de sérum : le tétanos disparut immédiatement. Il y a quelques années, M. Nocart fit une enquête dans le même sens. Il demanda aux vétérinaires de ne pratiquer aucune opération sur les animaux sans faire simultanément une injection de sérum anti-tétanique. Sur 2.750 animaux ainsi opérés aucun n'eut le tétanos.

Je le répète, dans les cas douteux, le sérum anti-tétanique n'offrant pas d'inconvénients, vous seriez inexcusables de ne pas l'employer. Je connais des médecins et des vétérinaires qui, ayant quelqu'arrière-pensée d'être personnellement contaminés, se sont soumis à ces injections. Moi-même, au cours d'un voyage que je fis au Monténégro, j'avais dans ma trousse un flacon de sérum anti-tétanique et je n'eus pas hésité, le cas échéant, à pratiquer en face de ma plaie une piqûre de sérum. J'avais pris cette précaution en souvenir d'un accident, une morsure énorme de cheval, dont j'avais été victime quelques années auparavant. A cette époque, la théorie équine du tétanos courait le monde, soutenue par Verneuil, qui avait été frappé du grand nombre de cas de tétanos observés chez les gens qui frayent avec les chevaux. Cette théorie, sans être exacte, n'était pas, toutefois, sans fondement, puisque les plaies causées par les sabots

du cheval entraînent de la terre, réceptacle habituel du bacille de Nicolaïer. Bien qu'une morsure de cheval présente une réelle gravité, puisque la septicité de la bouche de l'animal provoque facilement des gangrènes, elle est encore préférable à la blessure du sabot qui laisse planer la menace du tétanos. J'ai entendu dire que certains voyageurs partaient maintenant avec du sérum anti-venimeux ; le sérum anti-tétanique trouverait peut-être plus souvent son indication.

Les considérations précédentes me semblent intéressantes pour le médecin praticien, pour le médecin de campagne aux prises avec des blessures faites dans les terres labourées, les plus redoutables à ce point de vue. Par ces temps où la responsabilité médicale est mise si souvent en avant, soit par le malade, soit par les compagnies d'assurances qui se retournent volontiers du côté du médecin, il est bon de savoir ce que vous avez le devoir et le droit de faire en matière de tétanos et de traitement préventif de cette maladie. Vous avez le droit de pratiquer une injection de sérum chez un blessé dont la plaie a touché terre (accidents de voiture, de machines agricoles), vous avez le droit de la répéter, car elle est sans danger. Vous avez le droit d'ouvrir les plaies, de les nettoyer, d'énucléer les parties atteintes, de supprimer le foyer de production des toxines de Nicolaïer par un abrasement local large, aidé du cautère, de l'eau oxygénée et d'autres antiseptiques. Mais, vous n'êtes pas autorisés, sous prétexte préventif ou curatif, sous prétexte de supprimer le centre tétanigène, de procéder à une amputation partielle ou totale. Vous feriez une mutilation inutile.

(*Leçon recueillie* par le Dr Lacroix).

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Dr Le Gendre.

Le traitement des tuberculeux.

Pour bien traiter un tuberculeux, il faut pouvoir prendre la maladie à une période assez peu avancée et soumettre le malade à un traitement prolongé.

Ces conditions ne sont malheureusement pas réalisables dans nos hôpitaux, car lorsqu'il s'agit de sujets encore améliorables, en les envoyant à Angicourt, par exemple, aussitôt qu'ils vont un peu mieux, ils veulent reprendre leurs occupations, et ne reviennent que lorsqu'ils sont dans un état désespéré, pour mourir deux à trois mois en moyenne après leur entrée. Tout ce qu'on peut faire, c'est un traitement symptomatique de l'hémoptysie, de la diarrhée, parfois des vomissements ; mais il est deux choses que nous sommes impuissants à réaliser généralement : c'est de leur rendre l'appétit et de faire tomber la fièvre qui les consume.

Que devrez-vous faire dans votre pratique? Vous aurez beaucoup lu, beaucoup entendu discuter ces questions et il vous sera difficile de vous faire une opinion, car actuellement le traitement des tuberculeux est plus que jamais obscurci, pour des causes multiples.

Les tuberculeux, dans la pratique, se divisent en un certain nombre de groupes, suivant la localisation de la maladie. Chez les uns, les indications thérapeutiques sont très nettes : ce sont, par exemple, les *tuberculoses extra-pulmonaires*, ganglionnaire, ostéo-articulaire, cutanée, sur le traitement desquelles tous les médecins sont d'accord. On ouvrira et on grattera les ganglions tuberculeux, on traitera la coxalgie par l'immobilisation et la résection des parties malades. Aux tuberculoses cutanées et muqueuses s'adressent de nombreux traitements chirurgicaux, l'emploi des rayons X, et la cure marine.

Quand vous êtes, au contraire, en présence de *tuberculose pulmonaire*, le problème se complique. Il y a d'abord des formes aiguës, granuliques, ulcéreuses, à marche rapide, dites *phtisie galopante* : nous ne connaissons aucun traitement à leur opposer, sauf les palliatifs. En somme, nous n'aurons à envisager que les *formes chroniques*, ou celles qui, ayant un début en apparence rapide, peuvent être ralenties dans leur évolution et transformées en forme chronique par une bonne direction médicale.

Nous étudierons le traitement aux diverses périodes de la maladie : début, période de germination, premier, second et troisième degré.

A la période de germination, lorsque, d'après certains troubles dans l'état général, anorexie, amaigrissement, petite toux parfois insaisissable, conditions de milieu et de terrain, hérédité, vous avez à craindre une tuberculose commençante, il faut immédiatement placer le malade dans les conditions favorables à la guérison, c'est-à-dire le mettre au repos, lui faire respirer d'une manière continue un air exempt de poussières et, autant que possible, de microbes pathogènes, le soumettre à une alimentation réparatrice.

La tuberculose ne germe guère que sur un terrain débilité ou déminéralisé, affaibli par une alimentation insuffisante, par les excès et les fatigues. Mais, on prendra, suivant les différentes positions sociales, des dispositions particulières, celles-ci étant d'ailleurs les mêmes, quelle que soit la période de la maladie.

D'autre part, on ne manquera pas d'avertir les malades, — sauf s'il s'agit d'enfants, — de la grave maladie qui les atteint et du danger dont ils sont menacés. Notre conviction est, depuis longtemps, acquise sur ce point, qu'il ne faut nullement céler la véritable nature de leur affection aux intéressés, car, autrement, vous n'obtiendrez rien d'eux, et ils ne se résoudront jamais à prendre les soins assez compliqués que vous leur prescrirez. Du reste, pour remplir votre mission, il n'est pas nécessaire d'affirmer le diagnostic, mais simplement de dire aux sujets qu'ils sont sous l'imminence de la tuberculose.

Si vous avez affaire à un malade habitant la campagne, il vous sera possible de réaliser les conditions du traitement hygiéno-diététique sans le faire transporter ailleurs. Il suffira, pour ainsi dire, de lui conseiller le repos, le milieu dans lequel il est accoutumé à vivre étant par lui-même favorable à la cure. Mais, s'il habite la ville et surtout une grande cité, de grosses difficultés surgiront. Plusieurs cas pourront se présenter.

Ou bien le malade est très fortuné. En pareil cas, il lui est loisible de voyager, d'aller s'installer dans un autre climat et dans un milieu propice. Toutefois, il pourra s'y refuser pour des raisons multiples : influence de l'entourage, difficulté de rompre les habitudes, les relations, les exigences mondaines, de résister aux tentations, de distractions, de plaisirs ; ou bien, ce sera un

homme versé dans les affaires, entraîné par le courant. Il n'y a pas d'hésitation, si réellement la tuberculose le menace : il faut rompre avec les occupations, les tracas, la vie active et, à cette période de germination de la maladie, six mois de repos complet sont pour le moins indispensables, si l'on veut enrayer la marche du processus morbide. Il faudrait trois années si le malade en est déjà arrivé à la première période de la bacillose.

Ainsi que l'a justement exprimé le professeur GRANCHER, pour guérir de la tuberculose, il faut le vouloir, le «vouloir fortement et longtemps ». Or, la volonté étant une qualité éminemment rare et sujette à caution chez les malades de ce genre, dès qu'on a connu les bienfaits du traitement hygiéno-diététique, on a aussi, par cela même, admis la nécessité de maintenir les malades sous une surveillance médicale régulière, et l'isolement dans un sanatorium a paru la forme la plus pratique pour réaliser ce desideratum.

Le sanatorium présente des avantages nombreux sur le traitement à domicile. C'est un terrain neutre où le malade est soustrait à l'influence de son milieu habituel, qui est généralement défavorable à sa cure et constitue même parfois un réel obstacle à la guérison : tantôt parce qu'il exagère les prévenances et les petits soins, et fixe incessamment l'esprit du malade sur la gravité de sa situation ; tantôt, au contraire, parce que les personnes qui entourent le malade, étant elles-mêmes absorbées par les occupations, les affaires ou les plaisirs, sont incapables de créer cette atmosphère de calme et de repos moral si utile à la guérison de la tuberculose. C'est pourquoi le sanatorium peut donner parfois des résultats supérieurs à la cure libre.

Toutefois, on peut également, dans certains cas, faire la cure hygiéno diététique sans avoir recours à l'isolement dans un sanatorium proprement dit : on peut établir pour quelques malades fortunés ou aisés, ce qu'on a appelé un *home sanatorium*, — le sanatorium chez soi, — dans une station appropriée à la forme de leur maladie. C'est ainsi que les tuberculeux à forme éréthique, sujets aux congestions fréquentes et aux hémoptysies, seront adressés vers les climats sédatifs, tels que Pau ou la Riviera, à l'abri du mistral et des poussières ; on aura quelque peine à réaliser cette cure libre, parce qu'il ne se trouvera pas toujours une villa disponible, réalisant les conditions climatériques nécessaires.

Si le malade ne peut subvenir aux frais d'un déplacement considérable, on choisira aux environs de la cité, dans un endroit bien aéré, à l'abri du vent et du soleil, une habitation suffisamment saine.

Cette question de la cure libre et du sanatorium a soulevé de grandes discussions, les médecins se sont plaints d'être frustrés de leurs malades, etc. En pareille matière je suis un éclectique. Je crois qu'en présence d'un tuberculeux, vous devez étudier son cas particulier, non-seulement au point de vue de la marche clinique de la maladie et des localisations pulmonaires établies par une minutieuse auscultation, mais également au point de vue de l'état moral, de l'entourage, des conditions sociales, etc., de manière à prendre des mesures en rapport avec chaque cas particulier.

Les prescriptions pour le malade en cure libre seront copiées, quant au rite, sur celles du sanatorium. On apprendra aux malades à manger, à respirer, à ne pas tousser, on les soumettra à un régime spécial, constituant ce qu'on appelle la suralimentation. Il y a lieu cependant de fournir quelques éclaircissements au sujet de la valeur de cette expression qui, de prime abord, paraît fort simple. Il serait nuisible de la prendre au pied de la lettre, et de tomber dans cette erreur trop commune, qui consiste à croire que l'on doit gaver les tuberculeux, et leur donner carte blanche en leur permettant de manger autant et de tout ce qu'ils voudront. Cette pratique n'a eu que trop souvent des résultats déplorables : création de dilatations d'estomac, avec phénomènes d'auto-intoxication par fermentations secondaires, aggravation d'albuminuries latentes, de cardiopathies ; apparition de diarrhée, de vomissements, congestion du foie, etc. Bref, la suralimentation a essuyé de la sorte des échecs lamentables.

Ce qu'on doit se proposer, par la méthode de la suralimention, c'est de faire absorber par le malade la plus grande somme d'aliments azotés qu'il peut tolérer. Or, cette dose est essentiellement variable avec chaque sujet. En général, 50 à 100 grammes de viande crue et une demi douzaine d'œufs, ajoutés en supplément à la ration ordinaire, suffiront.

La viande crue doit subir une préparation particulière ; il faut la réduire en une pulpe très fine, au moyen du grattage avec la lame d'un couteau ; il y a là une technique qu'il sera bon d'expliquer aux malades.

S'il s'agit de tuberculeux à forme torpide, ou tout au moins n'ayant pas de tendance éréthique, il conviendra de leur recommander les *stations d'altitude moyenne*, ne dépassant pas 900 mètres, ou même d'altitude supérieure.

Enfin, on ne négligera point d'utiliser les propriétés de certaines *eaux thermales*, en envoyant les malades y passer une saison.

Le traitement du tuberculeux comprend en effet deux parties : 1° l'amélioration du terrain : c'est le but qu'on poursuit par la cure hygiéno-diététique ; 2° la lutte aussi efficace que possible contre la germination et la pullulation du bacille. On doit provoquer les réactions organiques locales pulmonaires par certains agents thérapeutiques, qui ont également montré depuis longtemps qu'ils pouvaient efficacement aider l'organe à combattre l'infection bacillaire : je veux parler de la **cure thermale**, qui, par ailleurs, réalise aussi certaines conditions du traitement hygiéno-diététique, à savoir l'air pur et l'altitude ; mais ce que nous lui demandons surtout, au point de vue médicamenteux, c'est l'arsenic, le soufre.

Ce seront principalement les eaux sulfurées sodiques, sulfurées mixtes, mitigées par des alcalins, additionnées plus ou moins de chlorures ; ce sont là des substances chimiques ayant à la fois une action antibacillaire, résultant de ce qu'ils modifient le terrain dans un sens hostile à son développement, et qui ont aussi pour effet de provoquer les réactions pulmonaires défensives, de combattre la bronchite et la congestion et qui, enfin, ont, en outre, une influence salutaire sur l'état général de l'organisme. Ainsi, par exemple, l'arsenic est un médicament trophique.

D'autre part, la cure thermale comprend un ensemble de moyens externes déterminant des réactions profondes sur les tissus, tels que bains,

douches, pédiluves dérivant les congestions, moyens stimulants du système nerveux.

Les stations les plus connues pour le traitement de la bacillose sont ; la Bourboule, le Mont-Dore, Cauterets, Luchon, Eaux-Bonnes, Allevard, Uriage, Saint-Honoré. Ces stations conviennent aux malades du premier et du second degré.

Dans l'intervalle de ces cures thermales, le médecin mettra en œuvre les éléments du traitement hygiéno-diététique ou du sanatorium.

Parmi **les médicaments proprement dits** employés pour le traitement de la tuberculose, il en est qui eurent une vogue inouïe tour à tour et furent successivement délaissés par la faveur médicale, ce qui tient à ce qu'aucun d'eux ne méritait réellement de subsister dans la thérapeutique antibacillaire. Quelques uns, cependant, sont encore utiles.

Il est incontestable que la créosote, par exemple, et tous ses dérivés, — malgré qu'elle n'ait point répondu aux espérances exagérées qu'on avait fondées sur elle, — est un bon médicament dans la tuberculose pulmonaire. Tout partisan que je sois de l'importance prépondérante de la cure hygiéno-diététique, je crois cependant qu'à côté de cette pratique et à la suite de la médication thermale dans laquelle j'ai signalé le rôle de l'arsenic et du soufre, il y a lieu de tenir compte d'autres médicaments.

Dans la période exempte de poussées congestives, où les phénomènes de bronchite dominent la scène morbide, où existe un commencement de ramollissement des tubercules, alors qu'il s'agit d'évacuer progressivement une cavité bien limitée, on peut tirer parti des propriétés de la *créosote*, du gaïacol et des diverses combinaisons de ces corps. Toutefois on n'oubliera pas que le tube digestif du tuberculeux doit être sévèrement respecté et que toute médication capable d'en altérer le fonctionnement est proscrite. Or, l'écueil de la médication créosotée et des agents similaires, c'est, précisément, d'amener des troubles digestifs. On peut alors recourir à l'introduction par la voie rectale, sous forme de suppositoires gaïacolés, de lavements créosotés, d'injections sous-cutanées d'huiles balsamiques, etc.

A une période plus avancée, la médication trophique, arsenicale, les injections de *cacodylate de soude*, seront utiles : cette médication est cependant contre-indiquée par l'existence de la fièvre, et devra être cessée, sitôt que se montrera une élévation thermique.

L'hydrothérapie sera très avantageusement mise en œuvre, sous la forme du drap mouillé, de lotions froides, etc.

Le *phosphore*, les *phosphates* et *hypophosphites*, les *sels de chaux*, jouent un rôle important dans la cure, puisque l'aboutissant de toutes les formes de tuberculose pulmonaire qui guérissent, c'est l'état fibroïde et crétacé.

Citons pour mémoire le *tannin*, qui rend service dans la dessiccation de certaines lésions sécrétantes et a peut-être une action anti-bacillaire.

Pour terminer, rappelons encore de quelle importance sera, pour l'avenir, la prophylaxie de la terrible maladie qui nous occupe, et combien il importe au médecin de faire une active propagande à cet égard et d'entretenir le public sur la véritable nature de la tuberculose, sur sa contagiosité, sa transmissibilité. Enfin, il est certain qu'on pourra diminuer la fréquence de l'affection en améliorant la situation sociale et par cela même les conditions hygiéniques d'une partie de la population, en augmentant les salaires, en luttant contre l'alcoolisme, en créant des sanatoriums populaires et des hôpitaux spéciaux.

REVUE DE LA PRESSE ETRANGÈRE

Sur la dysménorrhée.

On attribuait autrefois à la dysménorrhée toutes les douleurs, tous les malaises possibles, qui se produisent au cours de la menstruation ; à l'heure actuelle on ne désigne plus sous cette dénomination que des douleurs, revêtant la forme de coliques, directement sous la dépendance de la période cataméniale.

Les douleurs dysménorrhéiques, qui apparaissent sous forme de crampes intermittentes, semblables à celles de l'accouchement, puis disparaissent pour se répéter à nouveau au bout de pauses plus ou moins longues, se localisent à l'hypogastre, ou bien s'irradient depuis la région sacrée jusqu'au pubis. Elles débutent avec la menstruation ou peu de temps auparavant, et se prolongent durant un certain temps, parfois pendant toute la période cataméniale. A ces douleurs tout à fait caractéristiques s'ajoutent fréquemment d'autres symptômes tels que, tiraillements dans la poitrine, pollakiurie, diarrhée, vertiges, malaises, vomissements, symptômes qui concourent à donner à l'affection un aspect compliqué. Cependant les coliques dans l'abdomen restent prédominantes.

Le plus souvent les dysménorrhéiques sont des jeunes filles ; mais on trouve aussi parmi elles des femmes mariées, non seulement des nullipares, mais encore d'une manière assez fréquente des primipares ou des multipares. Il est rare que la dysménorrhée débute au moment de la première menstruation ; elle s'installe habituellement entre 18 et 19 ans.

Nombreuses ont été les théories émises pour expliquer ce phénomène pathologique ; au début du siècle dernier on admettait volontiers une théorie mécanique, en pensant qu'il y avait obstacle à l'écoulement du flux sanguin ; aussi tous les efforts des thérapeutes portaient-ils sur la manière la plus convenable de dilater le col utérin.

Vers 1880 cette théorie mécanique perdit beaucoup de terrain ; il pouvait y avoir sténose cervicale sans dysménorrhée, et les auteurs admirent une forme nerveuse de l'affection, sous la dépendance soit de la neurasthénie, soit de l'hystérie, soit d'un état névropathique ; la dysménorrhée pouvait donc se produire sans altération anatomique des organes génitaux.

Plus tard apparaît un nouveau facteur étiologique : l'état inflammatoire des voies génitales : utérus, trompes, ovaires, péritoine et tissu conjonctif du petit bassin. On admit alors une endométrite dysménorrhéique, en incriminant spécialement la muqueuse utérine. Gusserow parla même d'une dysménorrhée ovarienne, qui était caractérisée par des douleurs continues. Mais s'il n'est pas rare de rencontrer la dysménorrhée combinée à ces phlegmasies, (sur 204

dysménorrhées. Stolper a trouvé 64 fois une inflammation de l'utérus ou de ses annexes, *Wien. Med. Woch.* 1904), la dysménorrhée s'observe encore plus souvent sans ces complications ; elle doit être nettement distinguée des inflammations des organes génitaux internes.

A l'heure actuelle il semble qu'il faille faire table rase de toutes ces théories : la sténose du col utérin, les phlegmasies des organes génitaux internes, le nervosisme de l'individu peuvent favoriser l'apparition de la dysménorrhée, mais ce ne sont que des facteurs contingents et non pas nécessaires.

Au moment de la période cataméniale, l'utérus se contracte pour évacuer le flux sanguin ; ses contractions sont indolentes à l état normal, mais dès qu'elles deviennent douloureuses, il y a dysménorrhée : pas de dysménorrhée sans douleur. Pour déterminer le facteur essentiel et nécessaire de cette affection, il importe donc de trouver la cause, qui rend douloureuses les contractions utérines physiologiques.

Dans cet ordre d'idées, on peut songer soit à une sensibilité particulière de l'individu, soit à une augmentation des contractions utérines.

Or il n'existe pas de relation nécessaire entre la dysménorrhée et l'état névropathique de la femme : nombreux sont en effet les sujets hystériques ou neurasthéniques, qui ne souffrent pas au moment des règles, et d'autre part beaucoup de femmes, dont le système nerveux reste normal, éprouvent des douleurs plus ou moins intenses au moment de leur période cataméniale.

Par contre le flux utérin, s'il devient trop abondant, peut jouer le rôle de corps étranger et réveiller des *coliques* violentes à la façon des myomes interstitiels et surtout des myomes sous muqueux. D'après Stolper *(loco citato)* la dysménorrhée serait immédiatement due à une congestion utérine particulièrement intense.

Voici d'ailleurs l'explication complète donnée par cet auteur. A l'état normal, c'est la fluxion sanguine, qui incite l'utérus à se contracter au moment des règles et c'est grâce à ces contractions que se produit l'écoulement de sang. Les veines utérines sont dépourvues de valvules, et intimement unies aux fibres musculaires : si bien que la contraction de celles-ci amène une diminution de calibre et même une obturation de ces vaisseaux, qui par contre restent béants si l'organe est au repos. Le régime circulatoire de l'utérus est donc sous la dépendance de sa paroi musculaire : or celle-ci est notamment obligée d'entrer en action pendant les règles, qui amènent un afflux sanguin particulier. Les contractions utérines devront être d'autant plus *énergiques* que le travail à fournir sera plus grand, ou mieux que les obstacles à l'évolution de la matrice seront plus marqués, que le courant sanguin sera plus abondant. Or les facteurs directs de la congestion utérine sont l'intensité de la fluxion artérielle d'une part, et de l'autre les obstacles à l'écoulement veineux en dehors des veines de l'utérus : toute cause, capable d'augmenter la valeur d'un de ces facteurs, pourra donc déterminer des phénomènes de dysménorrhée.

La fluxion artérielle, au moment des menstrues, peut s'accroître sous l'influence d'excitations diverses : excitations sexuelles, surmenage des membres inférieurs, par l'abus de la marche, de la bicyclette, de la machine à coudre, etc.

Mais ce premier facteur n'acquiert qu'une importance minime, relativement à l'écoulement du sang veineux utérin ; or la stase veineuse est le plus souvent provoquée par l'hypérémie des organes du petit bassin ; et nous retrouverons ici les causes, telles que la constipation, les excitations chroniques des organes sexuels (abus de coït, onanisme), la vie sédentaire. Elles produisent toutes un régime circulatoire défectueux des organes du petit bassin ; leur action est d'intensité variable, mais au bout d'un certain temps peut survenir une stase persistante.

Si nous passons à présent les diverses variétés de dysménorrhée en revue, nous trouverons toujours l'un de ces facteurs, fluxion artérielle augmentée, ou stase veineuse. L'utérus, ayant par cet excès de sang un obstacle particulièrement grand à surmonter, fournira des contractions plus énergiques qu'à l'état normal, et par suite ces contractures seront douloureuses : d'où la dysménorrhée.

La constipation, la masturbation ne sont causes de dysménorrhée, qu'en raison de ces troubles circulatoires, qu'elles occasionnent. Souvent il en est de même pour les névropathes, et la guérison, obtenue par Theilhaber, en envoyant dans la montagne ses dysménorrhéiques nerveuses, peut très bien s'expliquer par une amélioration du régime circulatoire sous l'influence du climat d'altitude.

Il semble que cette théorie de Stapler trouve une confirmation dans les bons effets, obtenus par l'administration d'ergotine, ou d'hydrastis canadensis avant l'époque menstruelle ; ces deux médicaments anémient l'utérus en amenant une contraction des vaisseaux et des muscles, en forçant ainsi le sang veineux à se diriger vers le petit bassin.

La dysménorrhée serait donc caractérisée par des douleurs menstruelles, intermittentes, véritables coliques, occasionnées soit par une augmentation de la fluxion artérielle, soit par une stase dans le système veineux. Cette théorie s'applique aux dysménorrhées avec ou sans altération anatomique appréciable des organes génitaux, de quelque nature soient-elles. La dysménorrhée est donc une maladie univoque au point de vue étiologique, quoique ces causes indirectes puissent offrir une grande variété.

Elle ne constitue le symptôme, ni d'une affection inflammatoire, ni d'un vice de position de l utérus, ni d'une sténose du canal cervical. Même dans les atrésies de l'utérus, il ne s'agit pas d'une dysménorrhée véritable, mais bien de douleurs à caractère dysménorrhéique, comme dans les myomes sous-muqueux. Il n'existe pas de dysménorrhée nerveuse.

Le grand nombre des traitements proposés démontre leur faible efficacité ; quelques médecins, effrayés de leur insuccès, ont été jusqu'à proposer la castration.

Toutes ces fluctuations thérapeutiques sont dues à la diversité extrême des théories émises pour expliquer la dysménorrhée. Conforme aux idées émises par lui, Stolper estime que le médecin doit : 1° éviter toutes les causes susceptibles d'augmenter la fluxion artérielle ; 2° activer la circulation veineuse du petit bassin.

Au moment des règles, il est de toute nécessité de recommander le repos ; la malade doit en particulier éviter les excès de marche, de voiture.

On luttera contre les différents facteurs secondaires de la dysménorrhée (constipation, masturbation, etc.)

Au point de vue symptomatique, l'ergotine et l'hydrastis canadensis employés aux doses ordinaires rendront de grands services. Qu'on évite de recommander la morphine, car beaucoup de morphinomanes sont d'anciennes dysménorrhéiques.

Il ne faut pas oublier enfin le traitement nasal, recommandé récemment par Fliess, c'est-à-dire la cocaïnisation de la muqueuse de Schneider au niveau du cornet inférieur et du tuberculum septi ; cette méthode, sans qu'on puisse exactement en expliquer les effets, donne souvent de bons résultats ; il est encore impossible de savoir si la guérison est définitive.

Sur la mastite des nourrices.

La mastite, dit Ehrlich, (*Wien. Med. Woch.*, 1904) est toujours de nature infectieuse ; elle n'est pas produite par un micro-organisme spécifique. La mastite par métastase est rare.

L'infection se produit par la voie lymphatique (lésion des mamelles), soit par les conduits galactophores, chez les multipares ou à une période avancée de la lactation.

Le pronostic est généralement favorable : néanmoins l'auteur rapporte un cas de mastite phlegmoneuse avec gangrène, septicémie et mort chez une femme de 26 ans.

Dr Georges.

OTOLOGIE

Les otites de la rougeole.

Par MM. Le Marc'Hadour et Bruder (1).

Cette étude est le résultat de recherches faites pendant l'année 1903 dans le service du Dr Variot au pavillon de la rougeole de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Il est banal de lire dans les ouvrages classiques que l'otite de la rougeole se caractérise par une large perforation du tympan et qu'elle entraîne fréquemment de la surdi-mutité. Mais ces conclusions, pour inexactes qu'elles soient encore bien souvent, ne sont pas les seules qui doivent intéresser le clinicien ; aussi nous nous sommes demandé quel était l'élément qui agissait pour infecter l'oreille moyenne. Pour ce faire nous avons considéré l'otite de la rougeole, non pas comme une complication isolée, mais nous l'avons rapprochée des principales manifestations de l'infection morbilleuse, l'exanthème, l'angine et le catarrhe oculo-nasal.

Sur 501 rougeoleux ayant été hospitalisés au pavillon de la rougeole, nous avons constaté 58 *otites moyennes suppurées aiguës*, soit 9,6 %, chiffre un peu inférieur aux statistiques anciennes qui accusent 11 %. Cette différence tient sans doute à ce que nous n'avons étudié que les otites moyennes suppurées ayant abouti à la perforation tympanique, laissant de côté les otites aiguës catarrhales et exsudatives qui ont guéri sans suppuration et sans éveiller notre attention (1).

(1) Communication à la Société de Pédiatrie.

Date d'apparition. — 20 fois l'otite est apparue du 1er au 5e jour, 15 fois du 5e au 10e jour, 10 fois du 10e au 15e jour et 7 fois du 15e au 20e jour. Dans 48 des cas, l'otite est survenue avant 3 ans. Ce fait s'explique par la stagnation du pus au niveau des orifices tubaires, l'enfant était encore incapable de se moucher. Dans un travail récent, Veillard a bien montré que la fréquence de l'otite chez le nourrisson est due à la présence presque normale de pus de résorption analogue à la gélatine de Wharton.

Nous avons noté 20 otites bilatérales et 24 à gauche contre 14 à droite. Nous retrouvons ici cette préférence inexpliquée des suppurations auriculaires pour le côté gauche.

La mastoïdite est toujours restée indemne de toute complication. Après leur départ du pavillon de la rougeole, nous avons perdu de vue les enfants atteints d'otite. Par conséquent, il nous a été impossible de recueillir des renseignements sur l'avenir de ces enfants au point de vue de l'audition, mais nous pensons que la surdi-mutité accidentelle citée par Castex et les statistiques allemandes est peut-être exagérée et qu'il ne faut pas négliger de faire entrer en ligne de compte dans l'étiologie de la surdi-mutité accidentelle, les méningites cérébro-spinales appelées autrefois convulsions internes.

Nous avons divisé en 4 catégories les observations recueillies.

1re Catégorie. — *Otites antérieures à l'éruption.* — Nous en relevons 3 cas, et dans ces 3 cas, l'otite est double. A cette période, il n'y a ni exanthème, ni angine, mais, ce qui domine la scène, c'est le catarrhe oculo-nasal, véritable catarrhe naso-pharyngien avec rougeur de la paroi postérieure du pharynx et des piliers postérieurs, comme Lasègue l'avait bien observé. Dans cette catégorie, les otites sont nettement en rapport avec l'infection primitive du naso-pharynx, avec le coryza, le larmoiement, qui précèdent de plusieurs jours la symptomatologie de l'exanthème rougeoleux.

Dans la suite, nous verrons le gros pourcentage des otites se montrer postérieur à la guérison de l'exanthème et se manifester sous la même influence de l'infection naso-pharyngo-gutturale qui, si elle est le symptôme primitif de la rougeole, demeure aussi le plus rebelle et celui qui disparaît le dernier. Cela indique combien l'infection naso-pharyngienne est intense.

2e Catégorie. — *Otites survenant en pleine période d'éruption ; pas d'angine.* — Nous avons trouvé un groupe de 11 cas survenus au cours de l'exanthème ou au décours de cette période, 3 de ces otites sont bilatérales.

Dans 2 cas seulement, l'éruption est intense, dans les 9 autres il existe une éruption banale.

L'intensité de l'exanthème paraît donc n'avoir aucune importance au point de vue du développement d'une otite. Il faut noter également le petit nom-

(1) Pendant les 6 premiers mois on pratiqua l'antisepsie des fosses nasales et du pharynx en introduisant la vaseline boriquée dans les narines ; pendant les 6 derniers mois de cette même année 1903, M. Variot fit suspendre cette pratique. La proportion relative des otites dans les deux semestres n'a pas varié sensiblement.

bre relatif de ces cas contemporains de la manifestation cutanée.

Par contre, l'otite influence nettement le cycle thermique dans la proportion de 1° à 1° 1/2. La température atteint parfois 40°.

Dans ces observations, l'on a noté *l'intensité du catarrhe oculo-nasal*.

3e Catégorie. — *Angines et otites concomitantes.* — Ce groupe comprend 18 cas où il existe en même temps angine et otite. Dans 14 d'entre eux, l'angine et l'otite évoluent parallèlement. 5 de ces angines sont légères, 1 fois seulement avec un léger exsudat. Nous devons noter que dans 4 de ces cas, il n'est pas fait mention du catarrhe oculo-nasal qui paraît avoir été d'intensité médiocre, puisqu'il a passé inaperçu.

Il nous reste donc 9 cas dans lesquels on note des angines sérieuses ou intenses, dont 2 seulement avec exsudat et dans toutes ces observations *l'intensité du catarrhe oculo-nasal est également toujours soigneusement indiquée sur la fiche, montrant bien que dans la rougeole, l'angine, au point de vue de son influence sur l'oreille, ne doit pas être séparée de cet élément essentiel.*

Nous avons noté 3 otites doubles qui répondent à 3 cas d'angine intense, sans exsudat toutefois, mais dans ces 3 cas également, il est fait mention d'un catarrhe oculo-nasal, particulièrement intense. Dans l'un même, on a noté qu'il existe des érosions nasales.

Dans quatre observations, l'otite coïncide avec de légères angines tardives, mais toujours le catarrhe oculo-nasal tient le premier plan.

4e Catégorie. — *Otites survenant alors que l'éruption a disparu ; pas d'angine.* — De même que dans la scarlatine, les Drs Variot et Le Marc'Hadour avaient noté un pourcentage considérable d'otites tardives évoluant « plutôt à propos de la scarlatine, qu'au cours même de cette affection ». Nous avons rencontré chez les rougeoleux 26 otites tardives, dont quelques-unes se sont manifestées au 32e et au 40e jour.

On ne trouve pas cité ici le retour offensif de l'angine comme dans la scarlatine, mais on trouve signalée l'intensité du catarrhe naso-pharyngien. Dans 5 de ces otites, où ce symptôme est particulièrement noté, l'affection a été bilatérale.

Dans la scarlatine, pour expliquer l'apparition des otites tardives, on est obligé de tenir compte de l'état de déchéance organique des jeunes sujets. Dans la rougeole, il y a un facteur plus facilement décelable, c'est la longue durée du catarrhe du naso-pharynx qui est le *primum movens* et *l'ultimum moriens* de l'affection. Déjà Lasègue avait insisté sur ce point et de même qu'il est démontré aujourd'hui que le bacille diphtérique virulent peut être décelé dans les fosses nasales de longs mois après la guérison de toute diphtérie clinique, de même il paraît certain aussi que le rhino-pharynx des enfants convalescents de la rougeole contient pendant de longues semaines des micro-organismes virulents.

Outre le catarrhe du naso-pharynx, la rougeole amène souvent au niveau du cavum la formation de végétations adénoïdes par le fait de l'hypertrophie du tissu adénoïde consécutive à la rougéole.

Conclusion. — L'otite est sous la dépendance du catarrhe oculo-nasal et ne paraît influencée ni par l'exanthème, ni spécialement par l'angine. Si, comme l'ont dit les Drs Variot et Le Marc'Hadour, la scarlatine, c'est surtout l'angine, ce qui semble être bien démontré d'une part par l'influence de l'angine sur le cycle thermique, et les complications. d'autre part, par l'existence de scarlatine, sans éruption, peut-être pourrait-on dire également, la rougeole, c'est le catarrhe oculo-nasal. En faveur de cette idée, nous citerons le cas observé par Lasègue en 1865, où une éruption cutanée presque nulle était remplacée par du catarrhe oculo-nasal et bronchique d'une intensité exceptionnelle. Cette prédominance du catarrhe naso-pharyngien explique pourquoi la rougeole frappe le larynx, alors que la scarlatine n'aime pas le larynx. L'amygdale est, en effet, un territoire isolé sans répercussion laryngée ; au contraire, le moindre coryza provoque facilement de la laryngite et du stridulisme.

En terminant, nous exprimons un regret, c'est de n'avoir pu faire d'examens bactériologiques du pus ; en effet, nous nous sommes toujours trouvés en présence d'otites avec perforation spontanée du tympan, c'est-à-dire ayant déjà subi des infections secondaires. Quant au siège de la perforation, il était, dans la majorité des cas, situé dans le quart antéro-inférieur, les otites de la rougeole n'échappant pas aux lois générales du drainage des abcès, qui veulent que ce drainage s'effectue par le point le plus déclive.

(*La Clinique infantile.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Erratum :

Au milieu de la page 522 du n° 31, après les mots « par assimilation », et avant « visite simple », l'imprimeur a oublié de placer le titre suivant :

B

Tarif parisien.

De plus, à la page 523, lire :

C (au lieu de B)

Tarif ouvrier du Concours médical.

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur cette importante rectification.

Les dentistes et le corps médical.

La situation actuelle des dentistes en France étant encore mal définie et incertaine, et prêtant à toutes les confusions, l'étude des rapports des dentistes et du corps médical ne laisse pas que d'être délicate mais intéressante. Ces relations seraient simples et naturelles, s'il n'y avait qu'une seule catégorie de dentistes, si tous les dentistes étaient docteurs en médecine, et exerçaient leur profession au même titre, et dans les mêmes conditions que leurs confrères des autres spécialités : ophtalmologie, laryngologie, etc. ; elles seraient celles de collègues égaux, jouissant, sous le titre commun, de la considération commune, sans qu'il vînt à la pensée de personne que les dentistes formassent, dans le corps médical, une catégorie à part, à côté, ou en dehors de lui, et parussent s'occuper de choses étrangères à la médecine. Mais il ne faut pas se faire illusion, c'est-à-dire considérer les choses comme on le

désire ou comme on les espère, mais les envisager dans leur actualité et dans leur réalité, avec l'opinion qu'ont créée les préjugés encore vivaces, avec tout le passé d'erreurs et d'images qui pèsent sur la profession de dentiste, et, pendant longtemps encore, cacheront la vérité très simple à ceux qui n'aiment ni à s'éclairer, ni à réfléchir. Cette opinion banale et solide, faite d'un ensemble de faits et de circonstances qui la justifient dans le passé, et qui l'expliquent dans le présent, puisqu'une loi récente est venue la sanctionner dans une certaine mesure, et maintenir le dentiste sous le joug séculaire, en créant un diplôme spécial, cette opinion répandue est celle-ci : c'est que le dentiste n'est pas l'égal du médecin, que le dentiste occupe, dans la hiérarchie médicale, un degré au-dessous de ses confrères, au-dessous des autres spécialistes même, une sorte de place intermédiaire entre la sage-femme, l'orthopédiste et le masseur. Et je ne parle pas seulement de l'opinion du public, moins retardataire qu'on ne croit. et qui n'a, d'ailleurs, que l'importance d'un préjugé ou d'une erreur, mais de celle de médecins, de confrères éclairés, mieux placés cependant pour connaître la vérité et se rendre compte des changements profonds et évidents produits, depuis quelques années. surtout, dans une spécialité qui a, de toute évidence et de haute lutte, conquis le droit de cité dans le corps médical.

De cette situation très particulière, les raisons ne sont pas difficiles à connaître et à analyser. Un passé séculaire et qui vient à peine de prendre fin laissait, par le fait. le dentiste en dehors de la médecine, puisqu'aucune garantie d'aucune sorte n'était exigée de lui pour l'exercice de son art, alors que le titre de docteur ou d'officier de santé était obligatoire pour toutes les autres parties de l'art de guérir, alors même qu'un diplôme spécial était demandé aux sages-femmes, et dans un temps où étaient résolument poursuivis, pour exercice illégal de la médecine, tous les rebouteurs et magnétiseurs, tous les charlatans, sauf ceux qui soignaient les dents, sauf les dentistes, les arracheurs de dents. Quoi d'étonnant, dès lors, qu'il fût d'opinion courante, même parmi les médecins, que les dentistes ne pouvaient rien avoir de commun avec eux, et que leur art ne pouvait en rien se rattacher à la médecine. Tout concourait à l'erreur et, plus que toute autre cause, la complicité des dentistes eux-mêmes, qui avaient tout intérêt à maintenir leur art dans une pénombre propice, à faire croire au caractère particulier et presque mystérieux d'une profession, où il fallait l'initiation spéciale pour acquérir les qualités du parfait ouvrier et du compagnon. C'est qu'un instinct supérieur les avertissait que, le jour où les médecins entreraient dans leur profession, y apporteraient l'air et la lumière avec les notions scientifiques et médicales, le mystère serait percé à jour, et que leur règne serait fini. Là, comme toujours, les ténèbres dissipées découvriraient la réalité, c'est-à-dire l'empirisme souvent grossier, l'ignorance, et quelquefois le néant. C'est ce qui est arrivé peu à peu, grâce aux efforts et aux travaux persécuteurs, aux sacrifices même de quelques individualités, qui, passant par-dessus les préjugés de leur temps. ne craignirent pas d'apporter à l'art dentaire l'appoint de leurs connaissances médicales, de leur incontestable autorité.

Mais les préjugés ont la vie dure et ne disparaissent pas en un jour. même dans le corps médical, et il n'est pas téméraire de dire que celui-ci n'a jamais devancé d'une heure l'opinion erronée du public, et, inconsciemment ou non, a plutôt contribué à retenir celle ci, lorsqu'elle ne demandait qu'à s'affranchir. L'opinion médicale, jusqu'à ces derniers temps du moins, n'a jamais vu d'un bon œil, ou d'un œil satisfait, les médecins qui pratiquaient l'art dentaire, et a toujours, au contraire, gardé sa préférence, cachée ou avouée, pour le dentiste sans épithète, pour le dentiste des anciens jours, pour celui qui, n'étant pas médecin, exerçait sa profession à secrets et à arcanes, dans le mystère de l'éloignement. Si ce dentiste n'existe plus aujourd'hui, il faut le reconnaître, dans sa réalité et dans sa conception anciennes, depuis que la loi a exigé de lui quelques garanties, l'opinion va de préférence encore s'attacher à ceux chez lesquels ces garanties sont insuffisantes et illusoires, à ceux qui sont les plus éloignés de la médecine et de la Faculté, à ceux en un mot qui ne sont pas docteurs en médecine. L'opinion a reculé d'un échelon avec la loi, mais pas complètement abandonné ses errements anciens, et, tant qu'il y aura des dentistes non médecins, c'est à ceux-ci qu'elle voudra se livrer et accorder ses faveurs secrètes.

C'est, en fait, cet état d'esprit qui subsiste chez tant de nos confrères, que nous voudrions sinon justifier, au moins expliquer en partie. L'explication philosophique et profonde n'est pas difficile à trouver : c'est l'esprit de superstition qui paraît inhérent à l'esprit humain, et qui précipite tant d'hommes, même instruits et éclairés, vers le mystère et l'inconnu, et. quand il s'agit de médecine, les livre aux pratiques occultes, aux faiseurs de miracles, et aux charlatans. La science. hélas, ne sait pas tout, n'a pas tout éclairé et ne le fera sans doute jamais ; mais ce qu'elle ne nous donne pas, nous le voulons quand même, et alors nous allons le demander à l'ignorance, c'est-à-dire à ce que nous ignorons nous-mêmes, et nous figurons que d'autres connaissent. Les médecins, pas plus que les autres, n'échappent à cette disposition humaine, peut-être morbide, en tous cas atavique, puisqu'elle est si universelle, et que d'ailleurs nous avons tous été plus ou moins élevés dans la foi aux miracles. Habitués depuis toujours à voir l'art dentaire s'exercer en dehors de la médecine, placé, qu'il a toujours été, en dehors de l'enseignement des écoles, et même des livres ; fiers presque de l'ignorer eux-mêmes totalement. ils ne peuvent croire que les connaissances médicales communes, les seules qu'ils possèdent, soient nécessaires ni même utiles en art dentaire, et, par association d idées, que les médecins leurs confrères soient aptes à le pratiquer, même quand ils l'ont appris. Ignorance médicale et art dentaire sont depuis si longtemps indissolublement liés dans leur esprit, qu'ils ne peuvent plus séparer les deux termes et que le dentiste médecin leur semble une anomalie et une erreur ; et ils supposent toujours à l'homme sans instruction je ne sais quelle habileté technique qui ne s'acquiert que dans le mystère d'officines spéciales. C'est ce même esprit qui mène dans les laboratoires d'alchimistes nombre de médecins auxquels la science du Collège de France ou de la Sorbonne, celle qui se fait au grand jour dans nos écoles et nos laboratoires, paraît insuffi-

sante, et qui cherchent toujours une nouvelle pierre philosophale. Le hasard ou le génie de quelques hommes a certes justifié, dans une certaine mesure, aux temps lointains, cette attente du mystère, ou du salut, en dehors des voies scientifiques Mais ce n'est, cependant, que lorsque nous nous serons résignés à soumettre à la science vraie, et à ce qu'elle nous enseigne, nos esprits et nos intelligences, échappés à l'occultisme et à l'empirisme, que nous pourrons seulement nous considérer comme des hommes de progrès et de raison.

Nous avons peut-être cherché bien loin ce que nous pourrions trouver dans des causes prochaines et contingentes, mais aussi moins relevées, quand il s'agit des rapports des dentistes et des médecins. Mais cette partie de notre tâche est peut-être la plus difficile et passablement compliquée. Nous pouvons le faire cependant sans blesser aucune conscience, car il s'agit toujours, en définitive, d'analyser des sentiments et des actes très humains. Le médecin conserve tout naturellement, dans ses relations avec le dentiste, qui n'est pas son confrère, et qu'il ne considère pas comme tel, une supériorité évidente, un prestige accepté par ce dernier qui recueille très docilement la récompense de sa soumission et de sa déférence. Avec le dentiste, nulle crainte de contrôle ou de discussion scientifique, nulle crainte d'empiètement médical, puisque les terrains sont nettement séparés ; mais exécution pure et simple de l'indication donnée par le médecin ; respect au besoin de son erreur, ou de l'erreur commune, si souvent inévitable dans ces conditions. Tout cela est humain et naturel, et tout cela s'explique sans abaissement de conscience ou de moralité ; et la bonne foi est si évidente que le médecin n'applique pas à sa famille, qu'il confie à un dentiste, d'autres lois qu'à ses clients. Il n'en serait plus de même, si nous abordions le côté mercantile de la question et d'autres rapports probables, mais que nous voulons ignorer, des dentistes et de quelques médecins ; mais cela sortirait de notre cadre et de nos préoccupations ; et notre pensée serait mal comprise, d'ailleurs, si l'on croyait que nous faisons un procès là où nous n'analysons que des sentiments. Il est juste aussi de reconnaître que si nous faisons allusion à des faits qui existent depuis toujours et sont de tous les jours, les idées du corps médical, en ce qui concerne les dentistes, se modifient et s'éclairent, et que, peu à peu, sous le nom nouveau de stomatologie, plus large et plus scientifique, nos confrères acceptent et comprennent une spécialité qui se dégage peu à peu de son empirisme invétéré, de sa gangue de vulgarité et de charlatanisme, pour s'égaler, par la dignité et les méthodes scientifiques, aux plus anciennes et aux plus acceptées. Tout cela ne peut se faire en un jour, mais s'opère lentement et irrévocablement. La stomatologie n'est plus une intruse, et, si au début, les autres spécialités, si difficilement admises elles-mêmes, à leur heure, par leur mère commune, la médecine, se sont montrées un peu gênées, et ont dû serrer les coudes pour faire place à la nouvelle venue ou parvenue, elles finissent par comprendre qu'au lieu d'une diminution, c'est un surcroît de force qui leur arrive, en même temps qu'un allègement. Car c'est une brèche nouvelle et hardie faite aux anciens préjugés d'une médecine fermée et figée dans je ne sais quel exclusivisme ignorant et impuissant ; et c'est aussi un nouveau et puissant dérivatif pour le courant médical, qui stagnait dans les anciens lacs et les débordait. Si l'opinion publique, la grande, a depuis longtemps devancé l'opinion médicale, en élevant à la dignité de médecins même les dentistes qui ne le sont pas — peu importe — l'opinion médicale, à son tour, suit le mouvement et le précipite. Tout se prépare donc comme il convient, et comme il était inévitable, pour le jour où la loi viendra confirmer ce qui est déjà dans tous les esprits, et unifier l'art dentaire, en l'incorporant tout simplement à la médecine générale, par la sanction du doctorat.

(*Revue de Stomatologie*). C.

REPORTAGE MÉDICAL

Pétrarque et les médecins.— Nous lisons dans un article de M. Michel Delines, *Le Temps*, 21 juillet 1904 :

« Les médecins et les avocats n'avaient pas les sympathies de Pétrarque, mais ce n'était jamais à la science qu'il s'en prenait, mais à ceux qui en usaient pour la satisfaction de leurs mauvaises passions.

« Pétrarque fut révolté par la conduite du vieux médecin Vallese, qui, après s'être fait longuement prier, vint enfin à Milan soigner Gateazzo Visconti malade de la goutte.

« Ce grand docteur arriva avec un train royal, raconte Pétrarque, et avant même de voir son malade, ordonna de préparer certaines herbes et certaines drogues et en fit faire des potions pour les administrer immédiatement à Visconti.

« Beaucoup de gens, s'écrie Pétrarque, en furent émerveillés et le prirent pour un homme presque divin, et moi, la hardiesse téméraire de ce barbare m'a échauffé la bile.

« Qui peut se permettre d'administrer au hasard des remèdes à un malade qu'il n'a pas visité, qu'il n'a même jamais vu ?

« Mais Pétrarque appréciait les rares médecins consciencieux, qui fondaient leurs jugements sur l'expérience et dont les prescriptions étaient le fruit d'observations. Dans ses *Senili*, il loue les docteurs qui se contentent de seconder la nature, et surtout d'aider les gens sains à se préserver de la maladie, prévoyant ainsi tout ce que l'hygiène ajoutera à l'art du praticien. »

Association française d'Urologie (20-22 octobre 1904). — La huitième session se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1904, sous la présidence de M. le Professeur Guyon. Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue de La Boétie, Paris.

Congrès Français de médecine — 7e Session (Paris, 24-27 octobre 1904.) — Ce Congrès se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du professeur Cornil. Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, avenue de l'Alma.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Boulanger, de Péronne (Somme) ; Ducuing, de Saint-Girons (Gironde) et Carnus, de Louviers (Eure), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise) — Imp. DAIX frères, 3, pl St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année — N° 35 — 27 AOUT 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les idées mutualistes en matière de service médical.

Il est de tradition, dans les milieux mutualistes, quand on parle des rapports avec les médecins, de suspecter ceux-ci de manie de la persécution, de reprocher à nos Syndicats d'être toujours et à tort, sur la défensive. On conteste, on nie même toute raison d'être à cette attitude, si bien que nous sommes forcés de nous expliquer en apportant des preuves.

Nous l'avons déjà fait maintes fois ; nous allons le faire encore, ne serait-ce que pour répondre à notre confrère, M. le Dr Toussaint (d'Argenteuil), qui nous donnait vers la fin de juillet l'écho des reproches ci dessus recueillis au Congrès mutualiste de Nantes.

Son article avait à peine paru, qu'un confrère venait mettre sous nos yeux la lettre suivante, s'informant de la suite qu'il y devait donner. « L'homme qui l'a écrite, ajoutait notre ami, est un esprit des plus cultivés, un mutualiste convaincu ; il est docteur en droit, maire, conseiller général palmé et décoré à juste titre pour services précieux rendus à l'enseignement, à la mutualité etc... ; il n'a aucune animosité ni contre moi ni contre les médecins de la société, il n'est réfractaire à aucune idée de progrès, de justice, de solidarité sociale. Mais, quand il s'agit de la caisse de la S. de S. M., il demeure ce que vous verrez par ces lignes, et vous allez juger de la profondeur du fossé qui sépare ces habitudes administratives du devoir sacré que nous impose la pratique de notre art. »

Ville de X..., 5 août 1904.

Cher docteur,

Je voulais aller vous trouver pour vous entretenir de certaines questions relatives à la société de secours mutuels, près de laquelle vous représentez le corps médical, mais j'ai appris que vous aviez quitté X. pour une quinzaine et je suis obligé, par suite, de vous faire connaître par écrit l'objet de ma visite.

Voici ce dont il s'agit :

Le 13 juin dernier, mourait ici M. X., membre de la Société.

Ce décès avait été précédé d'une longue maladie qui ne laissait aucun espoir et d'une agonie de plusieurs jours ; notamment, plus d'une semaine avant le décès, une syncope s'est tellement prolongée que la femme a commandé le cercueil et les lettres de faire part.

Un des médecins de la Société a fait à ce malade du 2 avril au 14 juin, 30 visites sur lesquelles nous n'avons rien à dire.

Le 24 mai, ce médecin, voulant sans doute mettre sa responsabilité à l'abri, a demandé un de ses confrères en consultation ; c'est tout naturel, mais la consultation est comptée à la Société 10 fr. par médecin alors que la visite ne coûte que trente sous.

Le bureau a trouvé que le chiffre était un peu excessif. N'y aurait-il pas moyen de le modérer ?

Enfin, le 27 mai, le médecin a pratiqué l'opération de la thoracentèse, au prix de 30 fr.

Le bureau comprend qu'une opération de quelque importance ne peut se faire pour un prix inférieur.

Mais, il s'est demandé si cette opération était vraiment utile ; il paraît absolument certain que le malade était irrémédiablement condamné et que le médecin, en faisant l'opération, savait bien qu'elle n'aurait aucun effet durable.

Dès lors, pourquoi imposer à la Société une pareille dépense ? Si nous l'acceptons sans rien dire, nous risquons de voir figurer à l'avenir sur les notes des médecins des injections de sérum, inhala-

tions d'oxygène et autres remèdes *in extremis*, par lesquels on tente de prolonger la vie du moribond de quelques jours ou même de quelques heures.

Sont-ce là des remèdes que le médecin doit appliquer à nos sociétaires ?

Autre question. — Lorsqu'un de nos sociétaires est atteint d'une hernie, le médecin prescrit un bandage, le sociétaire achète un instrument de 4 fr. 50 qui est usé au bout d'un an et le sociétaire, pour en avoir un nouveau aux frais de la société, prend une nouvelle consultation absolument inutile ; ne pourrait-il user de la première ordonnance pour renouveler son bandage tant qu'il sera nécessaire ?

Dernière question qui se rattache à la précédente. — Certains sociétaires, notamment aux changements de saison, éprouvent le besoin de se purger, coût, 0.25 ou 0.30 c. ; mais pour ne rien débourser, ils se font ordonner cette minime dépense par une visite de 1 fr. 50 ; n'y a-t-il pas là un abus et ne pourrait-on autoriser les pharmaciens à délivrer, sans ordonnance, certains remèdes simples et peu coûteux, dont la liste serait établie d'accord avec les médecins ?

Je recevrai avec plaisir votre réponse à ces diverses communications.

Votre bien dévoué.

X.

Nous avons trop fréquenté les Conseils mutualistes pour avoir partagé un instant la stupéfaction de notre confrère : les idées exposées par cette lettre sur le service médical dans les S. S. M. y ont cours forcé ; on ne se préoccupe que d'économie.

« On nous interroge avec courtoisie, répondrons-nous, sinon avec le souci de fraternité, de solidarité et même seulement d'humanité pure et simple qui devrait inspirer la Société comme il a guidé les médecins traitants incriminés. Résumons ainsi notre avis :

1re *Question.* — Le médecin est dans l'obligation de lutter jusqu'au bout pour prolonger l'existence de son malade, mutualiste ou non. même quand il n'espère pas le guérir. Pas un membre du bureau de la Société ne voudrait se voir appliquer à lui-même, le cas échéant, la théorie du laisser-mourir. exposée d'une plume si dégagée par M. le président. Mon confrère a fait son devoir : à la Société de faire le sien, et n'ergotons plus.

2e et 3e *Questions.* — Je ne puis suivre le Bureau dans l'organisation de l'exercice illégal de la médecine. S'il était passé outre à notre protestation, nous serions même obligés de demander à notre Syndicat de poursuivre cette organisation devant les tribunaux. Vous parlez de supprimer des abus, Messieurs. et c'est vous qui demandez d'ériger l'abus en règlement !! Et pas un instant n'apparaît, à côté du désir de protéger la caisse, le souci de la santé de votre sociétaire. Nous serons donc, au besoin contre vous, les protecteurs de celle-ci et c'est pour cette raison que nous ne consentirons pas à entrer dans la voie où vous nous appelez. »

Qui dira, le jour de la Grrrande Fête de la Mutualité organisée par le *Matin*, que le corps médical lutte depuis un demi-siècle, par des consultations, du genre de celle-ci, pour protéger les mutualistes contre les mutualistes eux-mêmes ?

Ce serait un langage à faire entendre : parions qu'aucune bouche autorisée ne se croira tenue de le prononcer.

Et pourtant nous avons dans les Conseils de la mutualité des confrères qui pensent comme nous !

Mais, « Quelqu'un troublerait la fête ».

FEUILLETON

Nos clients.

3e *lettre à un jeune homme qui veut étudier la médecine.*

Mon jeune ami,

A vrai dire, je m'y attendais ; oui, j'étais convaincu qu'après m'avoir demandé ce que je pensais des médecins, vous me demanderiez, un jour, ce que je pense de leurs clients. Et, je l'avoue, cette question n'est pas pour me déplaire, car c'est d'un jeune homme sensé que de vouloir connaître *la matière* sur laquelle il aura, toute sa vie, à travailler. Et n'allez pas croire que cette matière-là, vous pourriez apprendre à la connaître à l'hopital, non. Parmi les êtres de la même espèce, il n'est peut-être pas deux variétés qui se ressemblent moins qu'un malade dans sa famille et un malade à l'hôpital.

C'est pénétré de cette idée, c'est convaincu que le jeune docteur frais émoulu de la Faculté n'est pas mûr pour la pratique, que j'avais demandé qu'il fût tenu de faire un stage professionnel, de six mois à un an, chez un praticien autorisé. (1).

Voici, du reste, ce que j'écrivais à ce sujet dans la « France médicale » des premiers mois de 1900, et ce que je reproduisais dans « l'Echo médical des Cévennes » du mois de mai de la même année : « A l'hôpital, pas d'imprévu, pas de responsabilité et d'émotion. Un malade est un numéro, un cas opératoire anonyme, tandis qu'ailleurs chacun garde mieux sa responsabilité, et l'on n'a le vrai contact avec certains êtres que dans leur milieu.

A l'hôpital, le jeune homme reste toujours étudiant, et, comme tel, ne voit pas dans ces lits des hommes qui souffrent, espèrent ou se découragent, mais des *cas* de médecine ou de chirurgie. plus ou moins intéressants. Chez le maître-praticien,

(1) Seraient dispensés du stage professionnel les internes des grands hôpitaux, les fils et les gendres des praticiens exerçant avec eux.

Cette année de pratique ferait le plus grand bien aux jeunes médecins et à.. .. leurs malades, et contribuerait à éloigner de la médecine beaucoup de ceux qui y viennent sans vocation et comme ils iraient au Commerce ou à l'Industrie.

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic différentiel de la coxalgie vraie.

Dans son remarquable livre sur la coxalgie, M. le Dr *Calot* traite, entre autres questions intéressantes, le diagnostic différentiel de la coxalgie vraie avec les autres maladies.

Il rappelle, tout d'abord, les signes essentiels de la coxalgie : douleur à la pression de la tête fémorale ; limitation des mouvements de la jointure ; allongement du membre, ne fût-ce que de quelques millimètres.

Ces trois grands signes, bien présents à l'esprit, permettent de ne pas confondre cette maladie avec d'autres dont l'aspect s'en rapproche par certains points.

M. Calot passe celles-ci en revue, en les rangeant en deux groupes : 1° maladies des parties voisines de la hanche ; 2° autres maladies de la hanche.

A. Diagnostic de la coxalgie avec les maladies des régions voisines de l'articulation de la hanche.

1° *Lésions péri-articulaires du trochanter et du fémur, du pubis, des ailes de l'os iliaque ou de l'articulation sacro-iliaque.*

Signes communs avec la coxalgie. — Boiterie ; douleurs spontanées : flexion de la cuisse.

Signes différentiels. — La douleur à la pression se manifeste sur des points osseux extra-articulaires, ou sur l'interligne sacro-iliaque, mais non pas sur la tête fémorale.

Les mouvements de la hanche, dans ces maladies, sont entièrement libres, ou à peu près ; même dans le cas d'abcès ou de fistule de la région de la hanche provenant de ces points extra-articulaires, la mobilité de la hanche sera presque normale. Au contraire, dans les abcès venant d'une coxalgie vraie, les mouvements sont abolis, ou, tout au moins, très limités, dans l'articulation coxo-fémorale.

En outre, il n'y a pas d'allongement de la jambe dans ces diverses ostéites.

2° *Les lésions du rachis inférieur* (mal de Pott lombaire).

Signes communs — Boiterie et douleurs en marchant.

Signes différentiels. — Dans ce genre de mal de Pott, pas de douleur à la pression de la tête fémorale, liberté normale ou presque normale des mouvements de la hanche ; au contraire, douleur quelquefois sur les apophyses épineuses du rachis inférieur.

De plus, lorsqu'on regarde marcher l'enfant nu, on le voit mouvoir le bas du tronc d'un seul bloc, en masse, comme soudé ou plié en deux, au lieu de tirer la jambe, comme il le ferait dans la coxalgie.

Enfin, au lieu d'allongement, il y a égalité de longueur des jambes, ou raccourcissement de l'une d'elles par la rétraction de l'un des muscles psoas iliaques, raccourcissement du côté où les mouvements de la hanche sont un peu limités.

3° *Maladies du genou* (la coxalgie débutant souvent par une douleur spontanée du genou).

Signes communs. — Boiterie et douleurs spontanées dans le genou ; allongement du membre.

Signes différentiels. — L'examen direct révèle la douleur à la pression et la limitation des mouve-

---

au contraire, le stagiaire serait un confrère, et comme tel prendrait vite contact avec les malades qu'il verrait seul ou avec le maître, et dont il se sentirait, en partie, responsable.

A l'hôpital, pas de parents ou d'enfants, pas d'époux ou d'épouses pour vous troubler par leur douleur, vous dérouter par leurs questions : à l'hôpital et quoi que vous fassiez, il semblera toujours à l'étudiant que ce malade lui est donné à la clinique comme le cadavre à l'amphithéâtre, simplement pour étudier.

A l'hôpital, neuf fois sur dix pour l'étudiant qui.... écoute, le diagnostic n'est qu'un mot, le nom d'une maladie ; pour le stagiaire ce serait une maladie chez un malade qu'il faudrait soigner et guérir, si possible.

A l'hôpital, un décès n'est qu'un lit libre, quand ce n'est pas une pipe cassée, un parapluie fermé, etc., etc. ; chez un maître-praticien, ce serait la mort d'un client avec toutes les conséquences qu'elle entraîne pour sa famille et pour le médecin.

A l'hôpital enfin, car il faut bien se borner, les meilleurs élèves ne savent pas toujours formuler et s'ils connaissent, à peu près, les doses à administrer à la fois, ils ont rarement l'idée de la quantité à prescrire. »

La citation est un peu longue, je le reconnais, mais cette question d'un stage professionnel me tient tant à cœur, que toute occasion m'est bonne pour y revenir et m'y attarder. Toutefois, comme il est plus que probable que toutes choses resteront en l'état, je vais vous présenter quelques clients qu'un stage de quelques mois vous eût bien mieux appris à connaître :

Le *sceptique*. Il connaît ses auteurs, du moins il cherche à le faire croire. Il a lu Montaigne, Molière et bien d'autres médicophobes ; ah ! ce qu'il s'en moque des médecins et de leurs médecines, ce qu'il les envoie promener (mentalement) quand ils s'avisent seulement de lui parler maladie. Non, ce n'est pas à lui qu'on en fera croire, il a trop vu, trop lu et trop retenu.

Ainsi s'exprime ce client, oui, je dis bien, ce client, car c'en est un et très sérieux dès qu'il se croit gravement malade, alors de sceptique il devient croyant, même crédule, quitte à tout renier dès qu'il se croit guéri.

Que faire avec lui ? le bien soigner comme tous les autres, mais ne jamais discuter.

Le croyant. — Pour celui-ci les préceptes de la médecine sont des dogmes qu'il faut accepter sans discussion, sans commentaires. Le médecin a son diplôme, donc il sait, il connaît le remède qui convient à chaque maladie, donc ce remède doit guérir. Et s'il ne guérit pas ? eh bien, que voulez-

★

ments au genou, et non pas à la hanche, comme dans la coxalgie.

B. Diagnostic avec les autres affections de la hanche.

1° *Rhumatisme* ; *entorse* ; *congestion épiphysaire de croissance.*

Signes communs. — Boiterie ; douleurs spontanées ou à la pression de la tête fémorale ; limitation des mouvements.

Signes différentiels. — Commémoratifs d'entorse ou de rhumatisme, ou de scarlatine.

Raccourcissement au lieu d'allongement.

Pas d'épaississement du pli de la peau au début, ni d'adénite inguinale ; en outre, tous les phénomènes morbides s'effacent en quelques jours, ce qui ne se produit pas dans la coxalgie vraie.

2° *Ostéomyélite aiguë de la hanche.*

Signes communs. — Boiterie ; douleurs ; limitation des mouvements.

Signes différentiels. — Début à grand fracas, avec fièvre ; phénomènes généraux presque typiques en certains cas ; abcès chaud apparaissant au bout de quelques jours, tandis que, dans la coxalgie, le pus met au minimum plusieurs mois avant de se former et cela sans fièvre, ou avec une fièvre infime de 38°.

Raccourcissement au lieu d'allongement.

Plus tard, lorsqu'on veut faire le diagnostic rétrospectif, on interrogera les commémoratifs et le mode de début.

En outre, l'ostéomyélite laisse des os hypertrophiés ; la tuberculose, au contraire, laisse des atrophies, des usures, des destructions plus ou moins considérables des parties du squelette de la hanche qu'elle a touchées.

3° *Luxation congénitale de la hanche.*

Signes communs. — Boiterie et limitation de l'abduction.

Signes différentiels. — L'enfant — une fille généralement — a marché tard ; elle boitille depuis qu'elle a commencé à marcher ; ne souffre ni spontanément, ni à la pression de la tête fémorale ; celle-ci, au reste, ne se sent plus à sa place normale.

Trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton ; raccourcissement au lieu d'allongement.

Faire l'examen aux rayons X pour lever immédiatement tous les doutes.

4° *Paralysie infantile de la hanche.*

Signe commun. — Boiterie, atrophie de la cuisse.

Signes différentiels. — Pas de limitation des mouvements, pas de douleur spontanée, ni à la pression, de la tête fémorale : pas d'allongement.

Commémoratifs : la boiterie est venue après une fièvre nocturne, qui a attiré plus ou moins l'attention.

Il faut avoir l'esprit particulièrement obtus pour croire à une *appendicite* en présence d'une coxalgie. C'est pourtant une confusion que certains chirurgiens déclarent avoir faite.

Comment reconnaître la *coxalgie hystérique*, dont parlent tous les auteurs ?

Dût ceci vous étonner beaucoup, je n'en ai jamais vu. Par contre, j'ai vu des cas où ce diagnostic avait été fait et où il s'agissait tout simplement d'une coxalgie tuberculeuse. Aussi, sans nier absolument la coxalgie hystérique, je mets en fait qu'elle doit être infiniment rare. Méfiez-vous donc. La coxalgie prétendue hystérique est, à peu près toujours, une coxalgie vraie, mais qui s'annonce avec plus de fracas que d'habitude et que les lésions anatomiques n'en com-

---

vous, « quand la mort y est », le médecin ne peut rien.

Ah ! le bon client que serait pour nous le croyant, si trop souvent, comme dans un autre domaine, il ne devenait crédule. Et alors, ce qu'il est assommant : à chaque visite c'est un nouveau remède infaillible dont on lui a parlé, mais qu'il n'a pas voulu prendre avant de savoir ce que vous en pensiez. Prenez garde ! n'en dites pas trop de mal, vous terrifieriez votre malade, car le remède est déjà pris.

C'est lui, le *crédule*, qui va consulter la somnambule extra-lucide, le curé de telle paroisse, ou le grand praticien qui sera tel jour dans telle ville, et tel autre jour dans telle autre. C'est lui qui se rend à Lourdes ; lui qui s'adresse à tel Institut, une réunion de savants philanthropes, qui envoie gratuitement, à tout malade qui le demande, un journal où sont relatées et certifiées les guérisons les plus merveilleuses ; lui, enfin, qui se met au régime, se frictionne, se purge, s'électrise, s'hypnotise, s'abrutit se ruine et se tue, en suivant à la lettre des traitements qui guérissent tous les autres, du moins son journal l'affirme tous les matins.

L'optimiste. — En voici un qui a du bon : vainement tout son entourage prend peur, lui est rempli d'espoir. A tout symptôme inquiétant il trouve une explication rassurante : Cette toux ? — Un simple rhume. — Cette abondante expectoration ? — Le rhume qui mûrit, la poitrine qui se nettoie. — Ces sueurs du matin ? — Le sang qui se renouvelle. — Cette maigreur, cette faiblesse ? La fièvre qui tombe. « Ah ! il le sent bien, la caisse est solide, il vivra jusqu'à cent ans. » Quelques jours après il n'est plus ; il a rendu le dernier soupir en disant que, maintenant, cela allait marcher, car il se sentait tout à fait bien.

Très gentil l'optimiste, mais méfiez-vous-en ; débutant, il pourrait vous rendre ridicule s'il parvenait à vous faire partager son espérance. Sans doute, un bon état moral est chose excellente, puisque de l'avis de tous il soutient le physique ; toutefois, il arrive un moment où le physique n'est plus *soutenable*, c'est quand la vie va l'abandonner.

Le *pessimiste.* — Avec plus de raisons, peut-être, vous ne devez accepter que sous bénéfice d'inventaire, toutes les craintes, tous les détails, toutes les plaintes du pessimiste. S'il tousse il se croit phtisique, s'il a la tête un peu lourde il va avoir une attaque, s'il a la moindre douleur, serait-ce dans la fosse iliaque gauche, il craint une appendicite et parle de se faire opérer. Du reste, s'il échappe cette fois, ce qui lui paraît

portent ; il s'agit d'un malade nerveux, une jeune fille généralement, réagissant d'une manière excessive. Il suffit que vous retrouviez les signes indiqués plus haut : douleur à la pression de la tête fémorale, limitation même infime des mouvements, petit allongement, pour que vous ne vous y trompiez pas.

Enfin, tout le monde conseille, dans les cas très difficiles, de recourir à l'emploi du chloroforme pour faire le diagnostic.

S'il y a des craquements, c'est une coxalgie vraie, dit-on.

L'assertion n'est pas exacte. Le rhumatisme vrai peut donner des craquements, et la coxalgie vraie peut n'en pas donner pendant un assez long temps au début. En outre, cette exploration fatigue les enfants, surtout lorsqu'on s'avise d'imprimer des mouvements longs et vigoureux en tous sens à la hanche supposée atteinte de tuberculose.

L'auteur conseille de s'abstenir de ces manœuvres faites sous chloroforme ; elles sont toujours inutiles et pas toujours inoffensives.

Crayons au sulfate de cuivre indolores.

On emploie souvent, avec succès, les cautérisations des conjonctives oculaires granuleuses avec les crayons de sulfate de cuivre : malheureusement, ces cautérisations sont fort douloureuses. MM. Ginestous et Laguet ont imaginé de rendre l'emploi de ces crayons indolores, en les composant selon la formule suivante :

Sulfate de cuivre......	1 gr.
Orthoforme............	0 — 50
Chlorhydrate d'olocaïne	0 — 40
Gomme adragante.....	0 — 10
Eau distillée, q. s.	

On fait des crayons de cinq centimètres de longueur, qui contiennent 10 pour 100 de sulfate de cuivre. Ces crayons se dissolvent bien ; ils exercent une action caustique suffisante, et l'application n'est pas douloureuse.

(*Répertoire de pharmacie.*)

Les amputations basses dans les gangrènes par endartérite chronique.

M. le Dr Jean Baqué, de Bordeaux, insiste, dans sa thèse, sur l'absolue nécessité de ne pratiquer que des amputations basses et d'économiser le plus possible les segments de membres dans les gangrènes par endartérite chronique. Il repousse les points de suture et il préfère une réunion par seconde intention un peu difforme, pourvu que l'on conserve le plus possible de parties molles. Il cite le cas d'un malade opéré de M. Masse, qui n'a subi qu'une amputation de Lisfranc, et qui marche aujourd'hui dans les conditions les plus favorables, sans canne, le talon reposant sur le sol, le pied coudé à angle droit dans l'articulation tibio-tarsienne. La marche se fait à peu près normalement, le malade ne boite pas, la progression est naturelle. Au point de vue de la prothèse, il a suffi d'un léger artifice pour que le malade puisse marcher et cacher complètement sa difformité. Les parties sont normalement colorées et tout annonce le bon état de nutrition des tissus. Les douleurs névralgiques dont était atteint le membre gangrené ont disparu et le moignon n'est actuellement le siège d'aucune douleur. Au point de vue fonctionnel, le malade peut supporter une marche assez longue et on ne peut comparer en rien le résultat obtenu avec l'usage que ferait l'opéré d'un pilon ou d'un

---

douteux, ce sera pour succomber aux ravages de tous les microbes qu'il a dans le corps.

Un jour, pourtant, il finit par mourir, et son entourage aussitôt de dire : « Voyez comme il se rendait bien compte de son état, depuis qu'il était alité, voilà près de vingt jours, il ne cessait de parler de sa mort prochaine ». On oublie d'ajouter que, pendant 60 ans, et au moindre bobo, il avait fait la même chose.

A côté de ces clients bien connus, catalogués, en quelque sorte, il en est d'autres à la physionomie un peu fruste que vous mettriez des années à connaître, si je ne vous en donnais pas ici « l'instantané ».

Voici le client fort et robuste, « sain comme le métal », et qui appartient à une famille dont tous les membres sont bien portants, une famille où « il n'y a rien ». Entendez par ces derniers mots pas de tare, pas de prédisposition morbide, héréditaire ou acquise. Et n'allez pas lui faire observer que son père est mort phtisique, il vous prouverait que ce n'était « qu'un froid négligé », que sa sœur s'enrhume souvent, il vous soutiendrait que c'est sa faute, elle se couvre trop. Tous sains, forts et robustes, il vous l'a dit et vous le répète, faites-lui donc le plaisir de le croire, cela ne vous engage à rien.

Je dois pourtant vous prévenir que, désormais, il vous donnera comme garant de sa bonne santé et de celle des siens, partout il ira répétant : « Dans votre famille, me disait le Dr X..., on jouit d'une santé excellente, vous êtes tous bâtis à chaux et à sable, ce n'est pas chez vous qu'un médecin fera jamais ses choux gras. »

Et le client, qui n'en est pas un, puisqu'il se soigne lui-même, ou qui, du moins, ne le devient que quand déjà il est trop tard, ne mérite-t-il pas quelques lignes, n'est-il pas digne de pitié ? Pauvre homme qui vous rirait au nez si vous lui proposiez de renvoyer sa cuisinière et d'acheter un livre de cuisine a sa bonne à tout faire, et qui se croit médecin parce qu'il a un « livre de médecine ! »

Presque toujours, je vous préviens, ce client-là est un constipé ; l'est-il depuis qu'il a « son livre », ou l'était-il déjà quand il l'a acheté ? J'incline à croire qu'il l'est devenu en se purgeant et en se repurgeant.

Ah ! les médicaments dont on voit les effets primitifs, quel avenir brillant ils ont devant eux ! Aussi que de « spécialités purgatives » préparées et recommandées par des pharmaciens de 1re classe, membres de sociétés savantes ! Et quels bons purgatifs, pas gênants du tout, ils sont bénins, bénins. Tenez, vous avalez cette pilule et deux heures après vous rendez un plein vase ; en voilà un fameux remède, il ne lui faut pas des mois et des mois pour agir. Et il vous nettoie du

cuissard après une amputation de jambe ou de cuisse qu'on lui aurait certainement faite, si on avait appliqué la méthode des amputations hautes.

En présence d'un sacrifice à faire, il faut faire perdre au malade le moins possible en vertu de cet axiome, que plus l'amputation est basse, moins l'opération est dangereuse et plus le segment de membre conservé est utile.

Le mésotane.

D'après la thèse du Dr *Edm. Blomme*, le mésotane est un liquide transparent, jaunâtre, très faiblement odorant. Il se dissout en toutes proportions dans les liquides organiques, l'alcool, l'éther, etc., ainsi que dans l'huile. Il renferme 71 % d'acide salicylique.

Le mésotane est un éther méthyloxyméthylique de l'acide salicylique. Il est obtenu synthétiquement en combinant l'acide salicylique au formaldéhyde. Les deux formules suivantes montrent la façon dont le mésotane dérive de l'acide salicylique :

Acide salicylique

$$C^6H^4 \left\langle \begin{array}{l} OH \\ COOH \end{array} \right.$$

Mésotane

$$C^6H^4 \left\langle \begin{array}{l} OH \\ COO-CH^2OCH^3 \end{array} \right.$$

Comme l'ont prouvé déjà les essais pharmacologiques, le mésotane s'absorbe avec une facilité étonnante par la peau, puis est facilement décomposé par les liquides de l'organisme; de sorte que peu de temps après l'application, on trouve l'acide salicylique dans l'urine, fait dont on peut se convaincre par la coloration violette obtenue avec le perchlorure de fer.

En somme, le mésotane est un succédané de l'acide salicylique ; il pourra servir à remplacer l'essence de Gaultheria ou de Wintergreen à odeur pénétrante causant la céphalée, dans le traitement salicylé local du rhumatisme.

Il se décompose dans l'organisme et est éliminé au bout d'une demi-heure à deux heures, en partie par l'urine en acide salicylique sous forme de salicylate de potasse et d'acide salicylurique.

Il doit être préféré aux médicaments du même genre pour les raisons suivantes :

Etant presque inodore (son odeur, en tous cas, n'est pas désagréable), il ne cause pas de céphalée, de bourdonnements d'oreille, de nausées, etc., inconvénients perçus avec l'emploi du salicylate de méthyle.

Il ne produit pas d'accidents toxiques, la quantité d'acide salicylique absorbée par la peau étant plus faible que celle des autres substances analogues.

Il n'est pas nécessaire, après l'application du mésotane sur la région malade, de la recouvrir avec de l'ouate, de la flanelle ou un tissu imperméable.

Lorsque l'anamnèse donne un résultat incertain sur la nature de la maladie, on peut l'employer directement comme moyen de diagnostic et arriver ainsi d'une façon détournée au diagnostic de la nature rhumatismale de la maladie. Il agit à faible dose et d'une façon excessivement rapide. Il n'a qu'un inconvénient : son prix assez élevé.

---

haut en bas, fait sortir des choses puantes qui vous auraient gâté, pourri le corps. Qu'objecter à cela ? N'est-ce pas vrai que le vase est plein et qu'il ne sent pas bon ?

A côté du constipé vous trouverez souvent le client atteint de bronchite à répétition, celui qui craint par-dessus toutes choses « les rhumes négligés ». A la moindre indisposition et, parfois, pour la prévenir, il s'applique un large vésicatoire, et chaque fois se réjouit de la belle cloche qu'il obtient, de toute cette « eau » qui sort et aurait « attaqué » le poumon. Huchard a réalisé de grands et utiles progrès, je suis le premier à le reconnaître, mais, qu'il me permette de le dire, il ne vaincra jamais le vésicatoire ; dans cette eau qui coule tous ses arguments viendront se noyer.

Le client *méticuleux* n'est qu'une variété du croyant, et pas la moins ennuyeuse. Il vous accable de questions, fait répéter dix fois vos prescriptions, puis vous prie de les écrire. Et il lit, relit l'ordonnance, demande d'autres explications: « Docteur, permettez, vous avez écrit de prendre un cachet à chaque repas, mais est-ce au commencement, au milieu ou à la fin ? — Au milieu. — Et cette cuillerée de sirop que je dois boire dans l'intervalle des repas, à quelle heure je vous prie ? — Au milieu encore. — Alors, docteur, comme je déjeune à 11 heures très précises et que je dîne à six heures très précises, c'est à 2 heures et demie que je dois avaler le remède ? — Mais oui. — Pourtant, docteur, je ne sors de table qu'à midi, et à ce moment six heures seulement me séparent de mon dîner, ce n'est donc pas à deux heures et demie mais à trois heures que je devrais prendre mon sirop ? — Vous avez raison, prenez-le à trois heures. — Ah ! c'est que, voyez-vous, docteur, j'aime de suivre ponctuellement vos prescriptions, et je trouve bien absurdes les gens qui vous consultent et puis ne font pas ce que vous leur dites. Tenez, mon voisin, par exemple, les gouttes que vous lui avez prescrites, vous croyez, peut-être, qu'il les prend un quart d'heure avant son repas ? Ah bien, oui, pas une fois sur dix ; le plus souvent il y a 17, 18 et même 20 minutes qu'il les a avalées quand il passe à table. » Molière connaissait ce client et bien d'autres encore ; c'est celui-là qui demande à son médecin, qui lui avait dit de faire quelques pas dans sa chambre, si c'est en long ou en travers qu'il doit les faire.

Et le client *distrait* ? Oh ! distrait sur un seul point: toujours, quand il vient chez vous, il oublie de prendre son porte-monnaie pour « vous solder cette petite note ». Il est vrai que très poliment, il ajoute aussitôt : « Docteur, ne prenez pas la peine de me l'envoyer je vous la réglerai à la première occasion. » Le croirez-vous, mon jeune

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Saint-Bartholomew's, de Londres :

M. le Professeur Lockwood.

Le diagnostic microscopique précoce des tumeurs.

Il me paraît inutile d'insister devant vous sur l'importance du diagnostic précoce des tumeurs ; vous savez, en effet, que l'ablation chirurgicale d'un néoplasme malin n'a vraiment des chances de réussir qu'au début.

Si, dans les livres, les tumeurs sont qualifiées de « bénignes » ou de « malignes », dans la réalité, de telles distinctions ne s'établissent pas aussi aisément. Certains néoplasmes — et je vous en citerai tout à l'heure des exemples — semblent bénins et ne le sont pas ; d'autres ont un aspect malin et sont sans gravité. Ne vous laissez pas influencer par l'assurance de ceux qui définissent sans coup férir la nature intime de lésions impossibles à voir et tout au plus vaguement perceptibles au palper. Les erreurs dans lesquelles ils tombent sont si grossières qu'elles seraient amusantes si elles n'avaient pas de très graves conséquences.

Comme tout le monde, j'ai cru moi-même nos moyens d'investigation clinique suffisants pour permettre d'établir la nature bénigne ou maligne des tumeurs, mais l'expérience s'est chargée d'anéantir ma confiance. Il y a quelques années, j'étais demandé auprès d'une malade dont l'abdomen contenait d'abondantes masses cancéreuses. J'opérai ces dernières et, recherchant alors la tumeur primitive, je trouvai dans le sein gauche une boule charnue d'un pouce de diamètre et une adénopathie des ganglions axillaires. Seize ans auparavant, on avait constaté chez cette patiente, dans le même sein et au même endroit, un petit kyste que l'on se contenta de réduire au moyen d'injections iodées. Une partie de la tumeur avait persisté et s'était accrue lentement et progressivement.

Les kystes de la glande mammaire contiennent quelquefois un néoplasme intra-kystique développé dans leurs parois et, dans le cas dont je viens de parler, la néoplasie intra-kystique était sarcomateuse.

Mon but en vous présentant cette observation est de vous montrer les difficultés du diagnostic précoce des tumeurs. Chez cette femme, chacun avait reconnu ou pu reconnaître le kyste, mais personne n'eût été à même de dire si le kyste renfermait ou non un sarcome : seuls, l'ablation et l'examen *microscopique* de la lésion pouvaient le faire. Eu égard aux progrès de la chirurgie, tout kyste de ce genre devrait, de nos jours, être enlevé sans la moindre hésitation. Les dangers et les inconvénients de l'opération sont peu de chose comparés à la satisfaction qu'éprouvent les malades d'être mis ainsi à l'abri d'un péril menaçant.

Voici un autre exemple qui ébranlera, je pense, votre foi dans l'infaillibilité du simple diagnostic clinique des tumeurs au début... et rappelez-vous le peu d'importance du diagnostic du cancer à sa période ultime.

Une jeune femme de 20 ans présentait dans le sein droit une tumeur petite, dure et mobile. D'après l'histoire de la malade et les résultats de

---

ami, j'ai de « ces petites notes » qui remontent à quarante ans sans que jamais l'occasion de les solder se soit encore présentée.

Le vilain défaut que la distraction.

Et le client qui allait toujours vous faire appeler au moment où il a appris que vous étiez dans le village. Quelle coïncidence heureuse, il n'aura pas l'ennui de vous obliger à faire 10, 15, 20 kilomètres, (ni celui de payer votre déplacement).

Et le client qui, venant vous chercher pour la première fois, s'empresse de vous dire : « M. le docteur peut être tranquille, son argent ne lui manquera pas. » Vous pouvez être assuré que cet homme-là ne vous paiera jamais.

Et le client *fidèle*, qui l'affirme, du moins : « Voyez-vous, docteur, je ne suis pas de ceux qui changent de médecin comme de chemise, jamais un autre que vous ne me tâtera le pouls. » Ne l'écoutez que d'une oreille, il sort, peut-être, de chez un confrère ou va y aller tout à l'heure.

Que de clients, que de clients ! vous écriez-vous sans doute ; oui, en voilà assez, nous pouvons en rester là ; il faut bien que vous ayez le plaisir d'en chercher et d'en trouver d'autres.

Mais, il en est un que je veux avoir le plaisir de vous présenter en terminant : je le sais si modeste, si réservé, que je craindrais qu'il lui fût pénible de se présenter lui-même : C'est le bon client, le client tout court, si vous préférez.

Celui-là, et sans vous le dire, honorera toujours en vous le médecin instruit, dévoué, et l'honnête homme. Dans sa famille votre opinion ne sera jamais discutée et vos prescriptions seront toujours suivies. Et quand viendra l'heure de payer sa note, il semblera que vous l'obligez, en vous contentant de quelques billets bleus, tant il sera convaincu qu'il vous doit encore affection et reconnaissance.

Je vous entends me dire : Y a-t-il beaucoup de ces bons clients ? — Oui, beaucoup, et il dépendra de vous qu'il y en ait plus encore.

La science, le zèle, le dévouement du médecin, la dignité de sa vie font, des clients douteux, de bons clients. C'est parmi eux que vous vous créerez de bonnes relations et serez, peut-être, assez heureux pour trouver un ami.

Et le client pauvre que j'allais oublier. Le client pauvre, soignez-le bien, secourez-le, aimez-le ; il a doublement droit à votre sollicitude : maladie et misère, c'est trop pour un seul homme, le destin devrait opter.

Veuillez croire, etc., etc.

Dr Dumas,
de Lédignan.

l'examen clinique, on porta le diagnostic de tumeur bénigne (fibro-adénome); l'interne se chargea, dans ces conditions, de l'enlever. Le pathologiste, à qui la pièce fut soumise, déclara qu'il s'agissait d'un cancer et m'adressa une coupe histologique qui ne laissait pas place au doute. Après une consultation avec plusieurs de mes collègues, j'enlevai la totalité de la glande mammaire ainsi que les muscles pectoraux et les lymphatiques du creux axillaire. Je fis une intervention large pour les motifs suivants : l'ablation simple d'une tumeur cancéreuse est inutile, car d'autres îlots néoplasiques se trouvent souvent dans la glande et chez cette malade on en découvrit effectivement plusieurs; la résection des muscles pectoraux, d'autre part, facilite l'accès jusqu'aux lymphatiques échelonnés le long de la veine axillaire, lymphatiques fréquemment envahis, bien qu'ils ne soient pas perceptibles cliniquement.

A propos de l'invasion des ganglions lymphatiques par les néoplasmes malins, il est quelques particularités dont je désire vous entretenir. Examinant, ces jours derniers, sous le microscope, d'un côté de gros ganglions recueillis dans l'aisselle et de l'autre, de petits ganglions imperceptibles au palper, provenant du même cas, je ne découvris pas de tissu carcinomateux dans les premiers et en rencontrai seulement dans les seconds. Pour moi, la présence ou l'absence d'adénopathie n'a pas une très grande valeur. Chez les femmes obèses, par exemple, des ganglions très volumineux de l'aisselle peuvent ne pas être reconnus, dans bien des circonstances.

Je vous conseille également de vous montrer sceptiques quant à la valeur des caractères extérieurs des tumeurs commençantes. Combien de fois me serais-je trompé si je m'en étais tenu aux éléments differentiels appréciables à l'œil nu. J'aurais été conduit quelquefois à enlever des seins atteints de lésions uniquement inflammatoires et j'en eusse laissé d'autres qui contenaient des cancers.

Les difficultés du diagnostic clinique des tumeurs jeunes disparaissent si l'on s'adresse aussitôt que possible à l'examen microscopique. Je ne saurais trop insister auprès de vous à ce sujet : ayez recours à l'épreuve histologique et ne vous arrêtez pas aux signes extérieurs, trompeurs, de la lésion

Personnellement, je fais pratiquer cet examen au cours même de l'opération. Aussitôt le malade endormi, je prélève un fragment du néoplasme et je le confie immédiatement à un anatomo-pathologiste compétent qui, séance tenante, durcit la tumeur en la refroidissant, fait une coupe, la colore au bleu de méthylène et l'examine sous le microscope.

M. Shaw, qui veut bien m'aider en cette circonstance et procéder à ces examens extemporanés, arrive à me soumettre des coupes très bonnes en l'espace de 5 à 7 minutes. Deux minutes lui suffisent, parfois, m'a-t on dit. La réponse de mon histologiste est-elle « tumeur bénigne », je me contente de l'ablation stricte de la lésion; est-elle, au contraire, « tumeur maligne », je fais sans plus attendre une exérèse large du mal. Grâce à cette méthode, le diagnostic et le traitement approprié sont effectués sans retard en une seule fois.

Les avantages de ce système sont faciles à comprendre. Il évite souvent au patient une seconde anesthésie, ce qui est quelque chose si l'on considère les dangers, les inconvénients et les malaises qui accompagnent celle-ci. Il donne de plus au malade une complète sécurité puisque l'opération se trouve réglée d'après les résultats de l'épreuve microscopique. Combien, d'autre part, le chirurgien intervient avec plus de sûreté lorsqu'il est guidé par un diagnostic rigoureux et précis !

Je pense cependant que l'opérateur doit voir et juger par lui-même. Dans des questions d'une telle importance, le chirurgien a besoin de se faire une opinion personnelle. Il est, en effet, des cas difficiles où l'interprétation des coupes microscopiques est délicate; le chirurgien doit alors être assez exercé pour prendre la responsabilité d'une décision. Une femme nous est envoyée un jour avec une tumeur dure du sein droit, de la rétraction du mamelon, et de l'adénopathie axillaire. La néoplasie était adhérente à la peau et aux muscles pectoraux et simulait objectivement un carcinome. Un rayon d'espoir se présentait cependant : un orifice fistuleux, situé près du mamelon, donnait un pus jaune, sans odeur, épais, différent de la sécrétion sanguinolente et fluide du cancer. Je conclus, après avoir étudié la coupe histologique, à une tuberculose mammaire. L'opération fut suivie d'une guérison rapide.

Les cas suivants montrent bien l'importance d'un diagnostic histologique immédiat :

Une femme présente un écoulement sanieux venant d'un utérus hypertrophié derrière lequel on sent, dans la poche de Douglas, une tumeur dure. Il y a, de plus, du liquide en quantité assez abondante dans l'abdomen. La malade que l'on avait déjà anesthésiée une première fois dans le but (non atteint d'ailleurs), de fixer le diagnostic, redoutait beaucoup d'être à nouveau endormie inutilement. Elle accepte néanmoins lorsque je lui explique qu'une seule anesthésie suffira à éclairer le diagnostic et à appliquer le traitement. Je commence donc par dilater et cureter l'utérus: les fragments retirés, examinés sous le microscope, dénoncent simplement une endométrite chronique. J'ouvre ensuite l'abdomen et je tombe sur un flot de sang épanché, d'abord noirâtre, puis rouge brillant. Supposant que cet écoulement sanguin s'échappe d'un kyste de l'ovaire rompu, je cherche dans le bassin et arrive à saisir le pédicule d'un kyste ouvert et rempli de végétations papillomateuses qui saignent d'une manière ininterrompue.

Autre cas. Une dame se plaint de symptômes rappelant la lithiase biliaire et elle a, en même temps, plusieurs tumeurs suspectes dans les deux seins. Si ces tumeurs se trouvent être des carcinomes, il est évident qu'il devient inutile de s'attacher au traitement de la vésicule biliaire. Si au contraire elles sont bénignes, il y a tout intérêt à profiter de l'anesthésie pour évacuer les calculs. Je fais donc procéder, au début de l'opération, à l'épreuve histologique des tumeurs du sein et, en quelques minutes, le microscope montre qu'il s'agit d'une inflammation chronique de la glande mammaire. Ces néoplasies inflammatoires des seins ne sont pas rares, et, avec le microscope, elles sont faciles à distinguer du carcinome. Il n'en va plus de même, tant s'en faut, si l'on se contente d'étudier les caractères macroscopiques de la lésion ; je me demande combien de fois ceux qui ne tiennent compte uniquement

que des signes perceptibles à l'œil nu confondent la mastite chronique et le carcinome.

Ma méthode de diagnostic microscopique extemporané des tumeurs s'applique également aux néoplasmes de la langue. Un malade vient consulter pour un petit ulcère chronique sur le bord de la langue. La base de la perte de substance est très dure et un gros ganglion peut être senti profondément sur le maxillaire. Habituellement, on se contente en pareille circonstance d'enlever un morceau de la tumeur, après insensibilisation à la cocaïne, et l'on fait avec ce fragment des préparations microscopiques. Ce procédé donne des résultats très incertains,car la partie enlevée est quelquefois trop petite et ne comprend pas la base de l'ulcère qui, après tout, est l'essentiel. On peut, avec ma manière de procéder, examiner la tumeur, les ganglions,et agir en conséquence.

L'épreuve microscopique est non moins intéressante lorsqu'il s'agit de déterminer l'étendue nécessaire de l'exérèse chirurgicale. Il est quelquefois difficile de dire dans le cours d'une opération si la totalité du tissu malade a été enlevé. On se demande si on incise ou non dans une région saine. Dernièrement, à propos d'un chondro-sarcome ossifiant dont je vous ai déjà parlé, j'eus des doutes pendant l'intervention quant à la nature de certains points du voisinage. Une coupe fut faite séance tenante et montra que le tissu suspect était simplement du tissu fibreux.

Le procédé que je préconise doit être particulièrement utile dans le diagnostic des tumeurs du testicule. De nos jours, on enlève fréquemment les testicules et on les soumet ensuite à un examen microscopique. Il arrive — ce qui est vraiment déconcertant — de trouver à ce moment du tissu gommeux, lésion qui eût guéri par l'administration de l'iodure et du mercure. Indiscutablement, l'incertitude qui plane sur le diagnostic a servi bien des fois d'excuse à la temporisation : pendant ce temps, la tumeur gagne le cordon spermatique, les lymphatiques abdominaux, les poumons ou d'autres organes. Les malades se soumettraient certainement à des interventions précoces, s'ils étaient certains de ne pas subir inutilement une mutilation.

Les cas suivants indiquent nettement les difficultés du diagnostic des tumeurs testiculaires :

Un jeune homme de 25 ans avait, dans l'épididyme droit, un petit noyau d'induration. Un chirurgien très expérimenté émit immédiatement l'idée que la lésion était de nature tuberculeuse et il proposa la castration. Après ablation, la coupe de la tumeur établit que l'on était en présence de cette variété de carcinome connue sous le nom d'adénome malin. Six ans plus tard, le patient dut se faire enlever l'autre testicule pour une semblable affection.

Un malade vient consulter pour une légère tuméfaction de consistance élastique, siégeant près de la tête de l'épididyme droit. Elle donnait la sensation d'un de ces kystes si communément rencontrés en ce point,mais elle n'était pas transparente. On pratique une ponction dans le prétendu kyste au moyen d'un fin trocart : un peu de sang seulement s'écoule et la lumière du trocart se trouve partiellement obstruée par un bourgeon charnu. Or, l'examen histologique démontra un sarcome. Le testicule fut enlevé et l'on découvrit une petite masse sarcomateuse dans le corps de l'organe, près de la tête de l'épididyme.

Des considérations analogues seraient applicables à bien d'autres tumeurs, à celles de l'abdomen, du foie, de l'intestin, etc.

Comme conclusion, rappelez-vous qu'en face d'un néoplasme au début ou d'une tumeur à caractères ambigus, il vaut mieux se tenir sur une prudente réserve que de se croire omniscient et infaillible.

Leçon du *British medical Journal*,
par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE PRATIQUE

La jugulation des maladies.

Nous n'insisterons pas sur la définition du mot « jugulation » ; tout le monde sait que ce mot signifie : arrêt brusque et définitif de l'évolution d'une maladie, et retour presqu'immédiat à l'état de santé.

Etant donnée cette définition très précise, pouvons-nous dire qu'en l'état actuel de la science, la jugulation d'une maladie quelconque soit réellement susceptible d'être obtenue ? Y a-t-il des exemples certains de succès de ce genre ?

Nous nous hâterons de répondre : Assurément, oui. La jugulation des maladies peut être obtenue, mais la démonstration expérimentale n'en est pas bien aisée, la plupart du temps. Il y aura toujours des esprits sceptiques, qui discuteront avec une certaine vraisemblance la réalité de la cure obtenue ; l'évolution toute naturelle de la maladie aurait pu tourner court, sans que l'on ne fasse rien, disent-ils.

Nous ne sommes pas de cet avis, et nous sommes persuadé que si une médication brutale intempestive peut être terriblement funeste, une expectation plus ou moins déguisée occasionne peut-être encore plus de malheurs irréparables.

Le tout est de ne pas faire comme Dom Quichotte et de prendre garde aux faux départs.

Soignons donc, d'abord, le diagnostic et surtout n'oublions pas de recourir toujours au thermomètre autant qu'à l'examen de la langue et du pouls. Cela dit, voyons d'abord s'il existe des maladies nettement « *jugulables* ».

I

Les maladies « jugulables ».

Il existe dans la thérapeutique ancienne, aussi bien que dans la médecine moderne, des maladies jugulables. Mais, le point capital, dans la généralité des cas,c'est d'appliquer la médication à temps, il en est des remèdes jugulants contre les maladies comme de la grenade à extinction contre les incendies. Au début, l'action peut être d'une efficacité merveilleuse; en pleine évolution, en plein brasier, c'est une perte de temps stupide et même néfaste. Donc, n'attendons pas pour agir que tout le cortège symptomatique et même les premières complications se soient montrés ; agissons rapidement si nous avons le moindre petit doute.

Pour sortir des généralités, prenons comme exemple, la *pneumonie*. Un malade se présente avec un violent point de côté, une toux sèche et de la fièvre (39° ou 39°5) ; n'attendons pas que la per-

cussion, la palpation, l'auscultation, nous révèlent la submatité, l'augmentation de la raisonnance des sons articulés, le souffle tubaire et les râles crépitants, si nous voulons appliquer la méthode de jugulation. Quand le souffle est apparu, parbleu ! le premier venu ferait le diagnostic et ferait en même temps, la maladresse d'appliquer un vésicatoire. Là où le médecin peut être vraiment utile, c'est à la période indéterminée où l'on risque le diagnostic « fluxion de poitrine » ou « congestion pulmonaire ». Oh ! alors pas d'hésitation ! mettons des ventouses scarifiées ou mieux *saignons*. Oui, *saignons*. C'est là vraie méthode jugulatrice de la pneumonie franche aigüe, au début. Et saignons comme au siècle de Fagon, c'est-à-dire faisons couler 500 grammes de sang et même davantage, s'il s'agit d'un sujet robuste. Seulement, ne négligeons aucune précaution antiseptique ou tout au moins aseptique, car la saignée doit toujours être une opération sans conséquences locales. L'effet de la saignée est immédiat ; la décongestion du poumon se fait presqu'instantanément, et les forces sont vite remontées par un bon champagne ou une bonne potion de Todd au quinquina. En cas de besoin, on peut même corroborer cette action tonique par une ou deux piqûres hypodermiques de caféine. Voilà comment on peut tenter de juguler la pneumonie franche pneumococcique au début.

Ajoutons, tout de suite, que M. le Dr Talamon a proposé de juguler la pneumonie en injectant d'emblée, dès le 1er ou le 2e jour de la maladie, avant l'apparition du souffle, une forte dose de sérum antidiphtérique de Roux, environ 40 à 60 centim. cubes, sans faire naturellement aucune soustraction préalable de sang. L'avenir dira si cette méthode vaut mieux que l'ancienne : en attendant, ne craignons pas d employer la lancette ; cela vaut mieux que toutes les médications tardives par l'alcool à doses quotidiennes de 300 grammes et que la digitale de Petresco. La saignée a pour elle l'expérience pluriséculaire.

Choisissons maintenant un autre exemple de jugulation de maladies : les toxi-infections gastro-intestinales étiquetées : embarras gastrique, embarras gastro-intestinal, coli-bacillose aiguë, fièvre muqueuse, embarras bilieux, fièvre typhoïde même. Trop souvent, aujourd'hui, on perd un temps précieux et on piétine, en quelque sorte, sur place; en administrant le régime lacté, plus ou moins coupé d'eau minérale alcaline et quelques grammes d'un antiseptique intestinal problématique ; les plus audacieux donnent deux verres d'eau purgative saline. Qu'est ce que l'on croit obtenir par cette médecine de demi-mesure ? Croit-on que les copeaux, les fagotins et la résine puissent flamber et donner de la chaleur dans une cheminée dont les conduits sont encrassés et presque bouchés de suie ? Pourquoi raisonner autrement pour le tube digestif que pour les conduits d une cheminée délicate, extrêmement longue et contournée ? La première indication est, évidemment, de s'abstenir de surcharger encore les déchets, puisqu'il y a impossibilité de fonctionnement, et d'introduire quoi que ce soit de nouveau comme aliment solide ou liquide. La deuxième indication, qui s'impose également, d'emblée, c'est de pratiquer le nettoyage, le « ramonage » de ce conduit encombré de détritus fermentescibles et « auto-intoxicants ».

Or quel est le moyen héroïque par lequel le médecin peut réaliser pleinement cette indication ? C'est l'administration du *tartre stibié*, avec ou sans addition de sulfate de soude, autrement dit l'emploi de l'éméto-cathartique, par excellence ; trop délaissée comme la saignée, cette méthode est cependant d'une efficacité remarquable pour juguler tous les embarras graves du tube digestif. C'est, en même temps, un émétique, un antiseptique et un dérivatif ; on le donne seul à la dose de dix centigrammes (en 3 doses) :

Tartre stibié........	0 gr. 10

En 3 paquets.

Ou associé à l'ipéca pulvérisé :

Ipécacuanha pulvérisé...	1 gr. 50
Tartre stibié.............	0 gr. 10

En 3 paquets.

Ou encore associé au sulfate de soude :

Tartre stibié.............	0 gr. 10
Sulfate de soude.........	20 gr.

En 3 paquets.

A prendre dans l'eau tiède toutes les 5 minutes.

Ce dernier moyen est le plus violent ; c'est le « ramonage » par excellence, l'éméto-cathartique le plus efficace Son action est puissante et légèrement dépressive ; c'est un remède qui fatigue et « rend malade », c'est incontestable ; mais il ne présente aucun danger, surtout quand on l'applique à des adolescents ou à des adultes ; chez l'enfant avant douze ans il est trop violent ; d'ailleurs, même chez l'adulte, s'il s'agit de jeunes sujets débiles ou de femmes frêles, on peut ne donner que moitié dose de tartre stibié, cinq centigrammes. Mais, de grâce ! n'en ayons point peur ; ne craignons pas le chimérique danger d'une rupture quelconque de vaisseau, d'un « effort » ou d'une hernie ; plus le sujet a de nausées, plus il faut lui faire avaler d'eau tiède, AYANT BOUILLI ; c'est le meilleur moyen de diminuer la douleur des efforts de vomissements. Pour une vingtaine de minutes de souffrance relativement peu intense, que risque de provoquer l'éméto-cathartique, ne négligeons pas ce précieux moyen, dont nous disposons pour débarrasser le tube digestif de ces détritus de fermentations qui l'encombrent : ne perdons pas un temps précieux à administrer des antiseptiques problématiques, naphtol, charbon, benzonaphtol, salol, et surtout ne risquons pas d'aggraver la situation en donnant un purgatif doux comme le calomel et même comme l'huile de ricin, qui n'est pas tolérée par l'estomac et provoque des vomissements sans efficacité sur l'embarras gastro-intestinal. Le calomel a ses indications précises ; l huile de ricin aussi : mais ces deux purgatifs sont à peu près sans action sur les infections coli-bacillaires ou autres du tube digestif et, de plus, on risque fortement de compliquer la situation en les employant. Au contraire, les praticiens qui ont recours à l'éméto-cathartique ne comptent plus les succès qu'il leur a donnés contre des infections gastro-intestinales commençantes, même de nature *éberthienne*.

Le point important est de ne pas attendre que le malade soit en pleine fièvre, en pleine dépression morbide pour l' « assommer » avec un remède de cette énergie. Il faut agir au début et seulement au début, qu'il y ait fièvre ou non.

Nous pourrions prendre un troisième exemple de jugulation médicamenteuse d'une grave maladie : celui du rhumatisme articulaire aigu *vrai*. Le salicylate de soude restera toujours le médicament spécifique par excellence du rhumatisme articulaire aigu, malgré la très sérieuse efficacité de ses succédanés, la salipyrine, le citrophène, le salophène, l'aspirine, le salicylate de méthyle, le mésotane et même le jus de citrons. Mais, ce médicament merveilleux n'agit qu'à l'expresse condition d'être administré à dose suffisante : 6 grammes en 24 heures pour le premier jour, 7 ou 8 grammes le lendemain, puis 6 grammes le troisième. La plupart des timides donnent 4 à 5 grammes en 24 heures pendant un, deux, trois, cinq, huit jours et s'étonnent que le mal ne cède qu'à moitié ; c'est une mauvaise méthode. Pour obtenir une jugulation, il faut frapper un grand coup, dès le début, et surtout n'employer que les méthodes bien connues pour leur innocuité et les remèdes dûment éprouvés et ne faisant courir aucun risque grave au patient.

II

Les méthodes modernes de jugulation des maladies

Ce serait nier l'évidence que se refuser à admettre les progrès de la médecine moderne : les remèdes ne sont pas plus énergiques, ni plus efficaces, à part deux ou trois exceptions, mais les méthodes sont plus scientifiques et plus parfaites. On se rend un compte plus exact de la nature et des causes des maladies, on connaît mieux leur siège et les lésions qu'elles provoquent, on peut, par conséquent, mieux déduire les indications thérapeutiques utiles à remplir. Or, plusieurs découvertes modernes, basées sur ces connaissances plus approfondies de pathologie et de pathogénie, ont augmenté notre puissance thérapeutique jugulatoire de très graves maladies ; nous n'en voulons citer comme preuves que la sérothérapie et les médications hypodermiques.

Le plus éclatant témoignage de la puissance de la sérothérapie est la jugulation presque instantanée de la terrible diphtérie par les injections de sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur. L'innocuité actuelle de ce sérum est telle que tout praticicien prudent devrait en injecter à toute personne, à tout enfant atteint d'*angine blanche* ; et son efficacité est telle, malgré les dénigrements et les protestations des envieux, que personne ne succomberait plus à la diphthérie, si le sérum était injecté à temps et à dose suffisante. Et qu'on ne vienne pas nous accuser d'enthousiasme aveugle ou de condescendante flatterie pour les disciples de Pasteur ; nous avons, l'an dernier, donné dans ce journal même des preuves du contraire en discutant les indications de la sérothérapie et en critiquant le caporalisme médical de ces Messieurs de la rue Dutot.

Il faut le reconnaître loyalement, le sérum de Roux est une arme merveilleuse. Mais, pourquoi tant d'hésitations ? pourquoi ces prétentions d'éclectisme et de sûreté de diagnostic ? Les cliniciens les plus sagaces et les plus exercés ont, depuis longtemps, proclamé l'impossibilité de faire *de visu* le diagnostic des angines pultacées, herpétiques et diphthériques ; le plus fort s'y trompe et la preuve, c'est que tous les ans, comme cette année, nous voyons des épidémies de diphthérie se déclarer dans des quartiers ou dans des maisons où l'on avait signalé peu de temps auparavant quelques amygdalites herpétiques ou pultacées. Cette impossibilité actuelle du diagnostic est si vraie que les Cadet de Gassicourt, que les Jules Simon, que les Sevestre, que les Comby, ont affirmé hautement la nécessité absolue d'un examen des membranes blanchâtres au laboratoire par les cultures et le microscope pour fixer le diagnostic. Très certainement, toutes les angines blanches ne sont pas de nature diphthérique et pourraient guérir soit seules, soit par un gargarisme quelconque ; mais, dans le doute, pourquoi s'exposer et exposer le malade à laisser sans sérum une vraie diphthérie ? Le sérum, surtout aujourd'hui, ne présente aucun inconvénient sérieux ; pourquoi ne pas l'appliquer *indistinctement* à tous les cas d'angines blanches ? Va-t-on attendre le résultat de l'examen de laboratoire ?

Est-ce possible à la campagne ? Non, certes, le temps est précieux ; tout praticien de campagne doit avoir du sérum antidiphthérique dans sa trousse comme il a de la morphine ou de l'éther ; c'est un médicament d'urgence ; il ne faut pas remettre au soir, ni au lendemain. Dès que l'œil a découvert du blanc dans la gorge, à moins, bien entendu, que l'évidence même montre qu'il s'agit d'un, deux ou trois petits points d'herpès (herpès labial, voisinage immédiat des menstrues), on doit s'armer de sa seringue de 20 c. c. bouillie, stérilisée, flambée et injecter d'emblée sous la peau des hypochondres vingt centimètres cubes de sérum de Roux. Il n'y a aucun risque à courir et tout à gagner ; d'abord, la jugulation de la diphthérie et même de l'angine blanche simple, ensuite l'arrêt facile d'un début d'épidémie.

A côté de la jugulation de la diphthérie, la sérothérapie a obtenu d'autres beaux résultats que nous rappellerons pour mémoire : la jugulation de la dysenterie par le sérum de Lesage, la jugulation de la fièvre typhoïde par le sérum de Chantemesse, la jugulation des empoisonnements par le venin des serpents au moyen du sérum de Calmettes, la jugulation du tétanos par le sérum antitétanique et le curetage bien antiseptique du foyer d'inoculation, enfin la jugulation de la rage par les injections de moelles à divers degrés de virulence.

La méthode hypodermique est entrée, elle aussi, dans une voie nouvelle, et l'on peut espérer qu'avec plus de précision dans le diagnostic et plus de progrès dans la suppression de la douleur occasionnée par les médicaments injectés, on arrivera encore de ce côté à juguler des rhumatismes au début, des arthrites, des néoplasmes peut-être ; mais, nous entrons là dans le domaine des désirs et des hypothèses : n'insistons pas.

Pour terminer, n'oublions pas de flétrir et de repousser des méthodes dites abortives qui, sous prétexte de juguler les maladies au début, employaient des procédés barbares : excision chirurgicale des chancres, cautérisation sauvage du canal de l'urèthre contre la blennorrhagie, amputation d'un membre pour le tétanos, etc. Ce sont là de vieux restes de la chirurgie des barbiers que les données plus précises de la science actuelle ne justifient pas.

Dr Paul Huguenin.

HYDROLOGIE

La cure de Châtel-Guyon.

Dans les *Archives d'hydrologie*, M. le Dr Angelby expose les résultats de la cure de la constipation et des infections intestinales par les eaux de Châtel-Guyon.

L'eau de Châtel-Guyon ne produit pas son effet laxatif dès le début de la cure et l'on est souvent obligé de recourir à un laxatif ou aux lavements, mais dès le 3e ou 4e jour, le malade, qui souffrait de tous les troubles de la constipation chronique, se sent déjà très amélioré ; la céphalée disparait, la langue se nettoie, l'haleine perd sa fétidité et l'appétit revient.

Comment expliquer cette rapide amélioration ? on a invoqué le lavage du sang, et en effet l'eau de Châtel-Guyon provoque la diurèse, qui se traduit par des urines abondantes contenant des sables gris ou rouges provenant du filtre rénal.

Mais ce lavage n'explique pas tout. Les expériences de Laborde, qui montrent l'influence stimulante du chlorure de magnésium sur tous les éléments et en particulier sur les leucocytes, n'expliquent pas davantage la rapidité de cette action. Et si ces deux influences ont une certaine part dans les effets de la cure de Châtel-Guyon, le principal facteur de cette cure est le renforcement des mouvements péristaltiques de l'intestin, mouvements qui opèrent une désinfection mécanique en expulsant rapidement et en plus grande quantité tous les germes producteurs des fermentations toxiques ; en même temps, l'eau de Châtel-Guyon atténue ces germes en produisant l'action antiseptique que l'on demande en vain à tous les antiseptiques intestinaux chimiques.

Cette double action explique comment l'eau de Châtel-Guyon, en agissant à la fois sur le péristaltisme et sur la toxicité du contenu intestinal, convient également dans les cas d'atonie et dans les cas de spasmes intestinaux.

Enfin le Dr Angelby ajoute que l'action de l'eau transportée est la même que celle de l'eau prise à la source, si ce n'est que l'action laxative se produit dès le début ; les carbonates de chaux et de fer s'étant précipités et permettant au chlorure de magnésium d'agir dès le début. En même temps, les eaux transportées sont dépourvues du goût légèrement styptique que l'on rencontre à la source et conviennent mieux à certaines personnes.

Dr Louis Gassot,
Médecin en Chef du Sanatorium d'Avon.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur l'étiologie de l'orchite fibreuse.

Jusqu'à ces dernières années, on estimait que l'orchite interstitielle, ou mieux fibreuse, était presqu'uniquement due à la syphilis. Cependant, au Congrès de médecine interne (Aix-la-Chapelle, 1900), l'idée fut émise et défendue par Chiari, Ponfick, Hansemann, etc., que cette affection pouvait être de nature gonococcique ; en pareil cas, les altérations interstitielles du testicule seraient secondaires à une inflammation des canaux séminifères, et non primitives comme dans la syphilis.

Cette question étiologique est d'un si grand intérêt pratique que son étude devait être basée sur des données absolument certaines ; aussi le docteur Lesser (*Munch. Med. Woch.*, n° 12, 1904) lui a-t-il consacré un travail des plus judicieux.

Cet auteur a pu réunir 2979 rapports d'autopsie, concernant des adultes du sexe masculin (au-dessus de 17 ans) ; 133 fois, il a noté la présence d'orchite fibreuse, ce qui porte la proportion à 4,5 pour cent. Chez 94 sujets sur 133, (70,6 %) on trouvait des signes certains de syphilis constitutionnelle. Or, chez l'adulte, les nécropsies permettent de reconnaître anatomiquement la syphilis dans 9,6 % des cas : la syphilis peut donc être incriminée dans la plupart des cas d'orchite fibreuse.

Dans quelle proportion devient-il possible d'admettre cette diathèse pour expliquer les autres cas de cette affection ? Deux hypothèses se présentent à l'esprit ; ou bien l'orchite fibreuse était le seul signe de la syphilis constitutionnelle, ou bien les altérations testiculaires peuvent relever de causes autres que la syphilis.

Le même processus fibreux interstitiel, qui cause l'orchite, préside également au développement de l'hépatite syphilitique ; or, il n'est pas rare de trouver cette variété d'hépatite comme signe unique d'une infection spécifique, et de l'admettre pour tel. Si donc, on raisonne par analogie, il devient logique de penser que dans certains cas l'orchite fibreuse est le seul indice de la spécificité.

Certains auteurs estiment que la blennorrhagie peut également devenir la cause de cette variété d'orchite, étant donnée la grande diffusion du gonocoque sur l'espèce humaine. A cet argument, on peut répondre tout d'abord que l'orchite n'est pas une complication fréquente de la blennorrhagie ; et que de plus le microbe spécifique se localise plus volontiers sur l'épididyme; l'orchite blennorrhagique sans épididymite est exceptionnelle. De plus, étant donné que c'est entre 17 et 25 ans que la blennorrhagie affecte le plus souvent l'homme, c'est à cette période de la vie que l'orchite fibreuse devait atteindre sa plus grande fréquence, si elle était une manifestation fréquente de la gonococcie ; or, sur 234 autopsies de sujets entre 17 et 25 ans, Lesser n'a trouvé qu'une seule fois l'orchite fibreuse. Cette lésion ne paraît donc être qu'exceptionnellement le résultat de la blennorrhagie.

L'orchite fibreuse est bien plutôt une manifestation tardive de la syphilis. Parfois elle se développe après un traumatisme, et encore ne faut-il pas oublier que souvent le traumatisme sert de cause déterminante pour l'apparition des localisations syphilitiques. Quant à la tuberculose du testicule, elle est presque toujours précédée d'une épididymite bacillaire. Il faut encore dire qu'exceptionnellement la grippe et la fièvre typhoïde peuvent occasionner l'orchite fibreuse.

D'une façon générale, on risquera peu de se tromper, si, en présence d'une orchite fibreuse, sans participation du testicule, et sans autre anamnestique spécifique, on admet l'existence de la syphilis.

Sur l'isolement dans le traitement des maladies mentales.

Il y a quelque trente ans, l'isolement était presqu'érigé en principe dans le traitement des maladies mentales ; on appliquait très facilement la cellule, la camisole de force à tout aliéné qui devenait une cause de trouble pour les autres malades, qui constituait par son excitation un danger pour son entourage. Tout se bornait à l'isolement complet ; or, les résultats de cette pratique étaient des plus désastreux : pareils malades, non seulement isolés des autres, mais encore brutalisés, devenaient plus excités ; la crainte, l'angoisse, les gagnaient ; de plus, ils échappaient complètement à l'observation médicale de chaque jour.

A l'heure actuelle on tend de plus en plus à restreindre l'isolement ; d'autres moyens sont employés qui réussissent mieux à calmer les aliénés. Ce sont les narcotiques, le repos au lit, les bains chauds prolongés, souvent plusieurs heures durant, enfin les enveloppements froids.

Grâce à ce mode de traitement les meilleurs résultats sont obtenus ; et, si à un moment donné, il devient nécessaire de séparer le malade excité de ses camarades, c'est dans une chambre spéciale, mais non fermée, que l'on mettra l'aliéné qui excite les autres, ou qui est excité par eux ; il y entrera sans force ; son traitement et son observation ne seront pas interrompus.

Il ne faut pas oublier non plus les effets calmants obtenus par le travail dans les champs ou bien au métier, mais toujours en pleine liberté. (D. DICK HOFT. *Munch. Med. W.* n. 13, 1904.)

Dr GEORGES.

PÉDIATRIE

Le lait de chèvre.

Le principal argument contre le lait de chèvre a été celui des chimistes, qui ont prétendu que ce lait était trop chargé de caséine.

Or, il résulte des analyses que j'ai fait faire que tout dépend de la race de chèvres à laquelle on s'adresse, et s'il est vrai que certaines races donnent un lait lourd (race corse, 40 grammes de caséine par litre), il est absolument certain que d'autres, telles les alpines, les suisses, ont un lait dont la composition chimique se rapproche extraordinairement de celle du lait de femme. L'argument des chimistes ne tient donc pas devant la rigueur de nombreuses analyses (1). La sélection et le régime alimentaire nous ont permis d'obtenir un lait contenant seulement 22 gr. de caséine par litre. Tout cela a d'ailleurs été confirmé au point de vue clinique par les essais et les observations de Boissard, Lesage, Raimondi, Triboulet.

Je dois signaler aussi les intéressantes recherches que j'ai faites avec mon distingué confrère et ami, le Dr Triboulet. Nous avons pratiqué chez la chèvre des injections intra-péritonéales de lait de femme et nous avons pu constater ensuite dans le lait des chèvres ainsi inoculées les réactions propres aux ferments du lait de femme, réalisant ainsi une sorte de « maternisation physiologique du lait de chèvre ». L'action de l'inoculation s'est prolongée pendant plusieurs mois. Nous continuons d'ailleurs nos recherches.

Tout ce que dit notre confrère est absolument juste ; permettez-moi toutefois de lui dire que ce qu'il considère comme un mythe est une réalité. Le Dr Bernard écrit textuellement : « Demander du lait de chèvre pour les petits Parisiens, c'est un peu demander la lune. ». Eh bien ! il apprendra sans doute avec satisfaction que les petits Parisiens ont du lait de chèvre, à défaut de la lune. Il y a déjà cinq ans que j'ai installé à Paris une chèvrerie-modèle comprenant au moins cent vingt sujets des meilleures races et nous donnant un lait délicieux, dépourvu de goût caprin et d'odeur hircine, fort estimé de ceux qui le connaissent.

J'ai fondé également une « Goutte de lait de chèvre » qui m'a donné les meilleurs encouragements. J'ajouterai que je n'ai jamais constaté un seul cas de tuberculose tant mammaire que pulmonaire dans ce troupeau, vivant dans Paris depuis plusieurs années, ce qui confirme les assertions des différents auteurs.

L'essai que j'ai tenté dans un but scientifique, les communications qui ont été faites au Congrès de Rouen, pour ne parler que de celles-là, le prouvent assez, a été apprécié par un certain nombre de médecins. Le lait de chèvre est l'aliment de choix des nourrissons, mais il constitue également une précieuse ressource pour les malades soumis au régime lacté intégral, pour les dyspeptiques. Pour être complet, je dois dire que l'on obtient avec ce lait un kéfir plus délicat et beaucoup plus fluide que le kéfir de lait de vache. Le Dr Triboulet a obtenu d'excellents résultats avec ce kéfir dans l'alimentation des nourrissons.

Les avantages du lait de chèvre me paraissent suffisamment démontrés, de même que la possibilité de se le procurer à Paris comme en province. Associant mes vœux à ceux du Dr Bernard, je terminerai par les conclusions suivantes :

Le lait cru est le seul véritablement physiologique et seul le lait de chèvre offre des garanties sérieuses.

Les conditions de sécurité indispensables sont : la traite aseptique et une alimentation rationnelle de la chèvre, alimentation étudiée au point de vue de la santé des enfants et non au point de vue du rendement. N'oublions pas que, pour obtenir l'asepsie de la traite, il faut un personnel spécial, stylé avec autant de soin que celui d'un service de chirurgie. Nous, médecins, ne devons pas nous désintéresser de ces questions de médecine pratique ; sachons bien que c'est à nous qu'incombe cette tâche difficile, unissons-nous pour la bonne cause et le succès ne tardera pas à récompenser nos efforts.

Dr G. BARBELLION.

(In *Journ. de Lucas-Championnière*).

(1) BARBELLION. — Académie de médecine, juillet 1900, et Congrès international de Paris, 1900.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les blessés du travail de plus en plus libres dans le choix de leur médecin.

Petite contribution à la collection Diverneresse : quand nous serons à mille... Le confrère qui nous adresse ces deux spécimens voudrait poursuivre en détournement de clientèle : mais la logique est une chose et la justice en est une autre.

LA PROVIDENCE

Compagnie anonyme d'Assurances contre les Accidents

Capital Social : *CINQ MILLIONS*

ÉTABLIE A PARIS, 12, RUE DE GRAMMONT

Paris, le 11 juin 1904.

Monsieur,

Pour assurer à tous les ouvriers blessés les meilleures conditions de soins et traitement, nous avons l'honneur de vous informer que *notre Compagnie vient d'ouvrir un* **Dispensaire** *au siège social, 12, rue de Grammont* sous la direction de Monsieur le docteur X...

....

Ce dispensaire sera ouvert tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, *de une heure à 3 heures*.

En conséquence, vous voudrez bien désormais nous adresser aux heures indiquées ci-dessus, munis de la feuille d'avis destinée au médecin, *tous les blessés sans exception, en état de se transporter*. Ces blessés recevront ensuite à notre Dispensaire, pendant toute la durée de leur incapacité, tous les soins que comportera leur état (pansements, petites opérations, massages, électrothérapie).

C'est le médecin attaché à notre Dispensaire qui délivrera pour chacun d'eux *le certificat destiné à la Mairie*, et qui vous parviendra par nos soins.

A tous les blessés qui seront soignés au Dispensaire, nous *nous réservons de verser nous-mêmes les avances* sur l'indemnité de demi-salaire. Vous n'aurez donc rien à leur verser directement.

Quant aux blessés qui ne seront pas en état de se rendre à notre Dispensaire, nous vous prions, comme précédemment, d'en aviser nos médecins de quartier, d'après la liste que vous possédez.

Agréez, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

Pour la *Compagnie*:

Le Directeur,
H. BEUZON.

CIRCULAIRE.

OBJET : Service médical ; Blessures aux yeux.

Paris, le 27 juin 1904.

Monsieur,

Le succès qui a accueilli l'ouverture de notre Dispensaire est la preuve manifeste de l'utilité d'une institution de ce genre, et la meilleure récompense de l'initiative prise par la **Providence**.

Nous serions heureux que ceux de nos assurés qui hésitent encore à nous adresser leurs blessés, veuillent bien à l'occasion envoyer sur place un de leurs représentants se rendre compte du fonctionnement du dispensaire. Nous sommes convaincus qu'ils reconnaîtront les conditions excellentes des soins qui y sont donnés et les avantages de cette organisation également conforme aux intérêts des ouvriers et des patrons.

Nous croyons seulement devoir leur rappeler que, le Dispensaire n'étant ouvert jusqu'ici que de une heure à trois heures, il y aura lieu, **pour toutes les blessures aux yeux présentant un caractère d'urgence**, d'adresser les malades. comme par le passé, à la clinique du docteur X...........................

....

Agréez, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée,

Pour la *Compagnie*: Le Directeur,
H. BEUZON.

Que diront encore de celle-là les naïfs législateurs qui, dans leurs rapports ou leurs périodes oratoires, affirment intangible l'absolue liberté des blessés dans le choix de leur médecin, à tel point qu'ils ne veulent pas se préoccuper de la garantir ?

Nous leur conseillons de faire, au cours de leurs vacances, une enquête dans les usines : ils se rendront ainsi compte *(s'ils y tiennent vraiment)* du cynisme avec lequel on s'assied sur les principes qu'ils proclament indiscutables.

Quand ils auront ainsi fait leur part, ils ne nous restera plus, à nous, qu'à féliciter les médecins qui, à l'exemple de MM. X. et Y., et autres lauréats, se constituent de belles clientèles aux dépens des nôtres par le rabattage des Compagnies et des grands patrons.

C'est de la déontologie et de la confraternité, ou bien nous n'y connûmes jamais rien.

Sur l'encombrement médical.

Acta non Verba.

Où allons-nous ? au fonctionnarisme ou à la gêne ; j'avoue, quoi qu'en dise le Dr Toulouse, que celui-là m'effraie autant que celle-ci. Oui, tout le monde reconnaît que l'état est grave et devient pire tous les jours ; chacun le pense, le dit ou l'écrit, et personne, que je sache, n'a encore proposé un remède efficace. Et pendant que les effets de la pléthore médicale vont tous les jours s'aggravant. nos seize Ecoles de Médecine et nos huit Facultés (je ne m'occupe ici que de médecine civile), jettent sur le pavé des villes et jusque sur les chemins vicinaux des campagnes, 1,200 médecins par an !

Voyons. qu'attend-on pour ouvrir les yeux ou plutôt pour agir ? Il n'est que temps, car, on vient de le voir, le pronostic s'assombrit de 7 médecins tous les deux jours.

Mais que faire, dira-t-on ? Que faire ? Mais ce qu'on fait dans tous les autres domaines quand la production l'emporte sur la consommation, réduire la production ; ce n'est pas plus malin que ça. — Et le moyen?....

Aux époques de superproduction, on voit des chefs d'usine cesser de fabriquer, et c'est grande sagesse de leur part, en continuant ils iraient sûrement à leur propre ruine ; tandis que les villes, qui ont école secondaire ou faculté, ne songent pas à les fermer parce qu'elles ne ruinent que les autres ; ce qui, vous en conviendrez, n'est pas du tout la même chose.

Du reste, il n'est pas bien sûr qu'en fermant les deux tiers des écoles secondaires et la moitié des facultés, on arrivât à diminuer sensiblement le nombre des étudiants. Le budget serait, il est vrai, allégé d'autant, mais qui pense au budget, en France, si ce n'est pour l'alourdir ? Il faut donc chercher mieux.

Ce n'est un secret pour personne que, dans l'intention bien humaine, je ne dis pas légitime,

d'avoir plus d'élèves que ses voisines, telle Faculté — mettez le nom que vous voudrez — se montre de moins en moins sévère dans les notes d'examen, a un plus grand souci de la quantité que de la qualité de ses produits. Il y a là, entre Facultés, une rivalité de mauvais aloi qui fait sensiblement baisser le niveau des études et compromet sérieusement la valeur et le prestige du Corps Médical. Tout jeune homme inscrit sur les registres d'une faculté de médecine est assuré d'arriver au doctorat. Il n'a pour cela qu'à donner un tout petit coup de collier aux approches de certains examens ; le reste du temps il peut « la couler douce », le diplôme de docteur en médecine ne lui manquera pas.

Est-ce à dire que nos professeurs, examinateurs de leurs propres élèves, pensent plus au prestige de leur Faculté qu'à l'intérêt bien entendu du Corps Médical et du public tout entier ? Non, sans doute, mais ils sont hommes après tout, et comme tels accessibles à l'esprit de corps qui, peu à peu, les pénètre à leur insu, et les amène à trop d'indulgence.

Là est le mal, le grand mal auquel je propose un des deux remèdes suivants, et même tous les deux à la fois, ce qui serait plus sûr :

1° Instituer des examens d'admission, avoir tous les ans un Jury, un seul pour toute la France, qui examinerait tous les candidats et ne laisserait entrer dans les facultés que ceux qui sembleraient devoir y faire de bonnes études. La crainte de l'examen serait pour beaucoup le commencement de la sagesse ; avant peu, le nombre des étudiants serait réduit de moitié, ce qui serait bien suffisant, je ne dis pas pour les écoles et les facultés, mais pour le pays.

2° Ou bien, il faudrait que, désormais, le professeur se bornât à enseigner et ne siégeât jamais comme examinateur. Un Jury irait de Faculté en Faculté faire passer des examens et aurait seul qualité pour accorder ou refuser le diplôme. Nul doute que le niveau des études ne se relevât bientôt et que, comme conséquence, le nombre des élus ne diminuât vite.

Cette idée fut à peu près émise, il y a 4 ans, par M. le Professeur Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris: J'avais publié ici un article dans lequel je m'efforçais de faire valoir les avantages que présenterait, pour le public et pour le jeune médecin lui-même, un stage professionnel de six mois à un an. Le rédacteur en chef de la *France Médicale*, M. le Dr Prieur, interviewa sur cette mesure M. le Doyen Brouardel qui répondit :

« .... Le mal tient au mode actuel des examens médicaux. Tels qu'ils sont restés, ils ne sont plus adéquats aux multiples exigences de l'enseignement d'aujourd'hui, je crois bien qu'il faudra en arriver un jour au moyen adopté dans certaines grandes écoles du gouvernement. »

« .... D'autre part, laissant de côté l'examen tel qu'il est pratiqué aujourd'hui, il faudrait en arriver au système des colles » (1). Tout commentaire est inutile.

3° Enfin, comme je l'ai déjà dit, au lieu d'un seul de ces moyens, on pourrait les employer tous les deux : avoir un jury pour examens d'admission, et un autre Jury pour examens en cours d'études et examens de doctorat.

(1) *Echo Médical des Cevennes*, n° de mai 1900.

Mais, m'objectera-t-on peut-être, — car en fait d'objections on peut s'attendre à tout — avec un tel recrutement et de tels examens quelques Facultés de Province n'auraient bientôt plus assez d'élèves pour vivre. Eh bien, elles mourraient ; l'Etat accorderait une indemnité raisonnable aux villes qui les perdraient, et tout serait dit. Car il est bien évident qu'on ne peut diminuer le nombre de docteurs sans diminuer le nombre des étudiants et, par conséquent, sans nuire à quelques Facultés. Reste à savoir si la Nation est faite pour les Facultés ou celles-ci pour la Nation.

Voilà mon projet, que d'autres fassent connaître le leur, puis nous choisirons celui qui paraîtra le plus pratique et le plus efficace, mais de grâce, cessons de geindre et agissons ; les collectivités n'ont que le destin qu'elles méritent.

Allons! à l'œuvre, luttons pour le pain du corps et pour le pain de l'âme, la liberté ; et que les dieux immortels nous aident à éloigner de notre cou le collier de médecin-fonctionnaire. Plutôt la maigreur du loup que l'embonpoint du chien de garde.

N. B. — Je prie ceux de mes confrères qui auraient un projet en tête de vouloir bien me l'envoyer : il sera publié avec ou sans signature et commenté courtoisement, je veux dire : amicalement.

Dr DUMAS (de Lédignan).

CORRESPONDANCE

L'assurance contre la responsabilité civile du médecin

Villiers Saint-Georges (Seine-et-Marne), le 21 août 1904.

Monsieur le Docteur Jeanne,

Rédacteur en chef du *Concours Médical*,

Votre « propos du jour » ne m'a ni convaincu, ni rassuré. Vous n'admettez pas le principe de la responsabilité médicale devant les tribunaux, donc inutile de s'assurer contre ce risque. C'est votre manière de voir ; malheureusement, ce n'est pas celle des tribunaux. Ils l'ont déjà prouvé. Ils le prouveront encore à l'occasion. Donc le risque est réel, donc il est prudent de s'assurer contre lui.

Je suis d'accord avec vous pour le reste. C'est entre nous, médecins, que cette assurance doit être faite. J'avais toujours pensé que le « Sou médical » serait cette assurance, c'est dans cette idée que je m'y suis fait inscrire et que j'y suis resté, bien que cet espoir ne soit pas encore réalisé.

Tous les ans, au moment de payer ma cotisation j'hésite, le « Sou » ne me donnant pas toute la securité que je voudrais obtenir. Je me décide parce que mieux vaut payer 18 francs une garantie relative que de garder ses 18 francs et n'être pas garanti du tout. Mais si cette garantie m'est offerte ailleurs, je me tournerai de ce côté, j'abandonnerai le « Sou ».

Faudrait-il pour nous couvrir complètement élever la cotisation ? C'est à vous, qui avez entre les mains les éléments nécessaires, de décider, mais je crois que l'extension de la garantie donnée par le « Sou », s'impose absolument. Beaucoup de médecins se préoccupent de cette question. J'en connais un qui s'est immédiatement assuré à « l'Abeille ». Pour moi, je veux attendre encore la prochaine réunion annuelle du « Sou médical ».

Remarquez d'ailleurs qu'organiser l'assurance contre la responsabilité médicale, ce n'est pas du tout reconnaître la légitimité du principe, c'est

simplement s'incliner devant la force. Si vous-même étiez condamné en vertu de ce principe que vous n'admettez pas, auriez-vous la prétention de résister aux tribunaux, aux huissiers, aux gendarmes, voire à l'armée? Il vous faudrait bien payer l'amende et les dommages-intérêts. Tout ce que vous pourriez faire pour rendre votre protestation plus énergique ; ce serait de vous laisser saisir et vendre par ministère d'huissier, ce qui aurait pour résultat unique de vous faire payer quelques frais de plus.

Je ne vois pas d'inconvénient, bien au contraire, à ce que vous défendiez énergiquement le principe de l'irresponsabilité médicale : « *impune occidendi per totam terram* », diront les mauvais plaisants. Mais tant que les tribunaux ne l'auront pas admis (et ce ne sera pas de sitôt), les médecins feront sagement de s'assurer contre ce risque plus dangereux pour eux que celui de l'incendie.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments confraternels les plus dévoués,

Dr E. Dupont.

N. D. L. R. La lettre ci-dessus exprime une opinion que certaines sociétés médicales ont admise après étude sérieuse. Nous la soumettrons donc à nouveau au Conseil du «Sou médical »,et nous prions tous ceux qui la partagent de nous le faire savoir par un mot. Ici la prétention à l'infaillibilité n'existe pas : nous ne demandons qu'à être convaincus... même d'erreur.

Et nous reproduisons, *proprio motu*, la lettre suivante, adressée par M. le Dr F. Mazel (de Nîmes) à l'*Echo Médical des Cévennes*.

Monsieur le Directeur,

Nous avons tous reçu une circulaire d'une Compagnie d'assurances-accidents qui propose aux médecins de les assurer contre les risques professionnels ressortissant à la responsabilité médicale en cas d'erreur ou d'accident au cours d'un traitement.

C'est certainement une idée louable et je n'ai pas été surpris que certains confrères l'aient d'abord envisagée avec faveur.

A la réflexion, cependant, il me semble qu'il faut en rabattre. Je reproche surtout à l'assurance son excessive cherté : 30 francs par an pour couvrir une responsabilité jusqu'à concurrence de 20,000 francs.

Ce chiffre de 20,000 francs est énorme, et je ne sais pas si l'on trouverait beaucoup de procès ayant entraîné une responsabilité pécuniaire de 20,000 francs pour un médecin, voire pour un chirurgien.

Voici d'ailleurs quelques faits qui appuieront ma manière de voir : Depuis 20 ans que j'exerce, je n'ai jamais vu d'action en responsabilité intentée à Nîmes à un médecin. Il y a eu, en moyenne, 40 médecins dans la ville; leur assurance pendant 20 ans, à 30 francs par an, aurait versé, dans les Caisses de la Compagnie, la somme de 24 000 fr., bénéfice absolu et net pour elle.

Mais, me dira-t-on, il ne faut qu'une fois !... Très bien ! Pour les 15,000 médecins de France, une assurance analogue coûterait annuellement 450,000 francs. A qui fera-t-on croire que ce chiffre ait un rapport quelconque avec le montant des indemnités pécuniaires réclamées annuellement à nos confrères dans tous les tribunaux et sur toute la surface de la République ?

Et si ce chiffre de 450,000 francs est bien loin du chiffre global des indemnités réclamées à tort ou à raison, combien est-il plus éloigné encore du chiffre des indemnités réellement portées à la charge des confrères dans tout le cours d'une année judiciaire ?

De plus, les procès, déjà rares et d'un montant bien inférieur au taux de l'assurance, le seront plus encore quand le médecin, au lieu d'être isolé, sera couvert par une Compagnie puissante.

Enfin, cette assurance ne prévoit pas la prison dont on ne se fait pas faute d'user, comme dans le cas Boisleux-Lajarrige.

En résumé, l'idée me paraît bonne, mais la Compagnie me semble, ou bien avoir escompté l'emballement de la nouveauté pour poser des tarifs draconiens, ou bien n'avoir pas suffisamment étudié son affaire et cru courir des risques bien supérieurs à ce qu'ils sont en réalité.

Je conclus que la coupure minimum de 20,000 francs de responsabilité est trop élevée et que, ce risque fût-il maintenu, la prime ne devrait pas dépasser le 1/2 pour 1000 du risque, soit 10 francs.

Ceci n'est qu'une impression, mais je serais bien aise qu'un relevé exact des actions annuellement intentées aux médecins fût dressé et me montrât mon erreur. Je crains cependant que mon erreur, s'il y en a, ne soit encore à l'avantage de la Compagnie.

Dr F. Mazel.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques :

Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la légion d'honneur :

Grand officier. — M. le professeur Tillaux.

Commandeur. — M. le professeur Pozzi.

Officier. — M. le docteur Doléris.

Chevaliers. — MM. les docteurs Delbet, Routier, Aviragnet, Thierry, Carpentier, Vergeade, de Rotschild, de Paris, Dupeux, conseiller d'arrondissement de la Gironde ; Fabre, conseiller général du Var ; Hugonneau, conseiller général de la Haute-Vienne ; Bure de Laurière, conseiller général de la Dordogne ; Manouvriez, de Valenciennes.

6e *Voyage d'études médicales* (3-15 *sept.* 1904, *stations du Centre et de l'Auvergne*. — Samedi 3 septembre. Concentration à Lamotte-Beuvron, à 10 heures matin. Après la visite du sanatorium, départ pour Chamblet-Néris. — Dimanche 4 septembre. Matin, visite des établissements. Départ pour Evaux. Visite. Départ à La Bourboule. — Lundi 5 septembre. Matin, visite des établissements. Départ pour le Mont-Dore, par la Roche-Vendex. — Mardi 6 décembre. Le matin, visite des établissements. L'après-midi, excursion au Sancy ou aux Roches Sanadoires. — Mercredi 7 septembre. A 7 heures, départ en voitures pour Saint-Nectaire, Visite. Vers 7 heures, retour au Mont-Dore. — Jeudi 8 septembre. Départ pour Vic-sur-Cère. Visite. Départ pour le Lioran. Visite. A 3 heures, départ pour Royat. — Vendredi 9 septembre. Le matin, visite de Royat. Repos le soir. — Samedi 10 septembre. A 7 heures du matin, départ en voitures pour Durtol et Châtel-Guyon. Visite, Départ pour Vichy. — Dimanche 11 septembre. Le matin, visite de Vichy. Après-midi, visite de Saint-Yorre et environs, Retour à Vichy. — Lundi 12 septembre. A 7 heures matin, départ pour Bourbon-l'Archambault. Visite. A 3 heures, départ pour Bourbon-Lancy. — Mardi 13 septembre. Visite de Bourbon-Lancy. Soirée facultative. — Mercredi 14 septembre. A 7 heures matin, départ pour Saint-Honoré-les-Bains. Visite. A 3 heures, départ pour Pougues-les-Eaux. — Jeudi 15 septembre. Le matin, visite à Pougues-les-Eaux. Dislocation.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'onnoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Renon, d'Ainay-le-Château (Allier), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : D H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 36 3 SEPTEMBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY,

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le referendum sur le tarif ouvrier.

L'appel suivant est renouvelé à tous les syndicats médicaux de France, par le *Bulletin officiel* de l'Union.

Nécessité absolue pour les Syndicats d'adopter un tarif et de l'adresser à l'Union.

Dès le mois d'octobre, l'amendement Gourju sur l'établissement d'un tarif médical pour les accidents du travail, va être discuté au Sénat. Ce tarif médical devrait être le tarif ouvrier, et il est indispensable de donner au Sénat la preuve de l'existence en fait d'un tarif ouvrier dans toutes les régions de France. Nous prions instamment les bureaux des Syndicats de procéder d'urgence à la rédaction de leur tarif. S'ils n'en possèdent pas, nous les prions d'adopter soit le *Tarif raisonné*, rédigé par notre collègue M. H. JEANNE, soit le tarif dit « *Girondin* ». Ces deux tarifs, presque universellement appliqués, diffèrent d'ailleurs fort peu entre eux.

Nous répétons qu'il serait utile de démontrer au Sénat que le tarif ouvrier existe en fait dans toute la France, que ce tarif est sensiblement le même partout et qu'il ne diffère que dans les grandes villes, où il doit être augmenté dans une proportion donnée.

Prière aux Présidents ou Secrétaires des Syndicats médicaux d'envoyer le plus tôt possible deux exemplaires des tarifs ou l'adhésion en double de leur Syndicat au tarif Jeanne ou au tarif Girondin, à

M. le Dr J. NOIR,
Secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux de France,
46, rue de la Clef, à Paris.

Nos lecteurs voudront bien se souvenir que, dans notre numéro du 15 août, nous leur adressions semblable appel. Les réponses qui nous parviennent au *Concours*, 23, *rue de Dunkerque*, seront centralisées au secrétariat de l'Union. Là sera menée rapidement la rédaction unique qui sera remise en temps utile à nos défenseurs au Sénat pour la cause des intérêts professionnels du corps médical.

LA SEMAINE MÉDICALE

Cryogénine et fièvre typhoïde.

M. le Dr Jacques BOUTTEVILLE, d'Ouzouer-sur-Loire (Loiret), vante dans sa thèse les bons effets de la cryogénine dans la fièvre typhoïde. La cryogénine ou métabenzamidosemicarbazide ne présente, pour ainsi dire, aucun danger toxique et sa solubilité est de 2 %. On peut, dans la fièvre typhoïde, l'employer en même temps que les bains.

Tout en n'ayant, très certainement, aucune action curative directe, elle permet à la dothiénentérie d'évoluer avec une température inférieure à celle qu'on observe en dehors de son usage ; elle contribue à l'amélioration de l'état général et hâte la défervescence ; enfin, elle permet de suspendre les bains ou de les donner à une température moins basse.

La cryogénine, grâce à sa puissance et à son innocuité, est l'antithermique de choix, chaque fois que les bains froids sont contre-indiqués ; de plus, son efficacité est absolue dans la fièvre de convalescence.

Le drainage large dans les métrites aiguës puerpérales.

D'après M. le Dr Fonteilles, de Riom ès Montagne (Cantal), si dans les cas de septicité légère le drainage à la gaze peut rendre des services, il n'en est plus de même dans les cas de suppuration utérine intense et très septique, *et particulièrement dans les cas d'infection puerpérale grave* post partum *et surtout* post abortum. La mèche de gaze créerait un obstacle à l'écoulement du pus plus ou moins épais, des débris de caduque sphacélée ou des débris placentaires putréfiés.

Les tubes en caoutchouc eux mêmes, lorsqu'ils sont placés dans ces utérus gravement infectés, ne constituent pas un moyen suffisamment efficace. Ils se coudent, s'aplatissent et permettent la rétention purulente en amont de la coudure, ou bien, lorsqu'ils sont rigides et, par conséquent, peu fenêtrés, ils laissent le pus s'accumuler entre la paroi utérine et leur paroi externe.

Enfin, leur contention ne peut s'obtenir que grâce à un tamponnement vaginal qui, pour sa part, constitue un obstacle sérieux à l'écoulement du pus hors des voies génitales.

Les tiges ou drains métalliques qui nécessitent, pour leur maintien dans la cavité utérine, la fixation au col utérin par des fils ou un tamponnement vaginal, sont aussi à rejeter.

Les drains métalliques qui tiennent bien en place seuls et qui permettent l'écoulement parfait et constant des liquides septiques de l'utérus dans le vagin, constituent les meilleurs appareils de drainage utérin.

Avec ces drains, point n'est nécessaire de mettre un tamponnement vaginal et le pus arrive facilement et constamment dans le vagin, d'où il est chassé par des injections vaginales.

C'est pourquoi il faut préférer les appareils que Milton et Mouchotte ont employés pour drainer les utérus puerpéraux infectés, soit directement, soit après curage ou curettage

Ces appareils et la méthode que ces auteurs préconisent réalisent le mieux un drainage constant et efficace, par conséquent rationnel.

L'appareil de Mouchotte gradué sur les bougies de Hégar a l'avantage de ne pas nécessiter d'instrumentation spéciale pour la mise en place. Les drains en porcelaine de Doléris sont excellents aussi.

Mais, il ne faut pas attribuer au drainage dans l'infection puerpérale, et même au drainage le meilleur, une action sans limites. Des cas de haute gravité ne céderont pas avec ce traitement; bien des fois, par contre, on verra des métrites puerpérales aiguës, graves, menaçantes, s'amender rapidement, puis céder après l'*emploi rationnel* et *méthodique* du drainage.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le Pr agrégé Méry.

Formes tardives de la paralysie infantile.

Une circonstance particulière, l'observation d'un cas de paralysie infantile à début tardif, chez un enfant de 14 ans, qui vous sera présenté tout à l'heure, m'incite à vous parler de cette affection. Je vais vous esquisser rapidement sa symptomatologie, son diagnostic et vous soumet-

---

FEUILLETON

Sur l'automobilisme médical.

Depuis deux ans bientôt que le *Concours médical* voulut bien m'ouvrir ses colonnes, j'ai traité, de mon mieux, les questions d'automobilisme, intéressantes pour beaucoup. Passant de la théorie à la pratique, j'ai fourni l'idée et le modèle du type que je crois le plus convenable. Mais je n'ai pas la prétention d'avoir fondé un monopole ni monté sur quatre roues une édition *ne varietur*.

Récemment, un de nos confrères a émis ici-même, en termes excellents, quelques idées que je vais discuter.

« Existe-t-il un avantage réel à posséder une machine construite dans les environs de sa résidence de façon à pouvoir, au moindre accroc, la faire réparer par le constructeur lui-même ? »

Et d'abord de quoi s'agit-il ? D'un incident ou d'un accident ?

S'il y a simplement mauvais fonctionnement du moteur, par exemple, de l'embrayage ou de la transmission, il faut chercher la solution et la trouver soi-même. En cas d'avarie plus sérieuse, cette avarie est due à l'usure ou à une cause fortuite. — Supposons, qu'une bille vagabonde se soit échappée de sa cuvette, et introduite dans le carter arrière. voyage de dent en dent, au gré de sa fantaisie. Vous démontez, vous, ou plutôt votre domestique, sous votre modeste mais avisée surveillance. Vous découvrez bien vite la cause du mal. Pouvez-vous y remédier seul ? Cela dépend des dégâts commis. La couronne est en bronze. La bille d'acier est entrée dans ce bronze comme des grains de plomb dans une citrouille. Les dents, abîmées, ne sont pas cassées. Allez-vous renvoyez le tout au constructeur ? Sapristi, il va vous changer votre couronne. — Pas avant de vous avoir écrit que les pignons du différentiel ont un jeu formidable, et que l'axe lui-même, trop petit pour ses paliers, implore un remplaçant. — Vous allez perdre bien du temps, user bien du papier, être obligé peut-être de vous déplacer vous-même, tout cela pour recevoir au bout de trois bons mois votre voiture précédée d'une facture convenable. A votre place, mon cher confrère, je n'aurais rien renvoyé du tout : Après avoir fait limer doucement les bavures, ramené autant que possible les dents à leur profil, resserré légèrement le petit pignon d'attaque pour augmenter l'emprise, la couronne ainsi réparée eût été remontée, Et c'est tout.

La couronne n'est pas en bronze, mais en acier, — ce n'est pas une bille, mais un choc violent. Un soir, mal éclairé et somnolent peut-être, vous ne vites pas un gros pavé, tombé d'un fardier ou

tre quelques exemples types pris parmi les petits malades de notre service.

On décrit à la paralysie infantile quatre phases, la première d'invasion, la seconde de paralysie complète, généralisée, la troisième de localisation des paralysies avec atrophies concomitantes, la quatrième de lésions définitives comprenant les atrophies musculaires et osseuses et les attitudes vicieuses.

Phase d'invasion.

Le début de la maladie est tantôt insidieux, tantôt bruyant. Dans le premier cas, les parents constatent un matin que leur enfant, bien portant la veille, est paralysé et n'a plus l'usage d'un ou de plusieurs de ses membres ; c'est la paralysie dite du matin. Dans le second cas, l'invasion s'accompagne d'une fièvre assez intense et assez élevée pour faire penser parfois à une fièvre typhoïde. Tel fut le diagnostic porté chez le garçon de 14 ans, dont je vous relaterai l'histoire. D'autres fois, ce sont les phénomènes nerveux, les convulsions, les douleurs qui dominent. Les convulsions sont plus communes chez les nourrissons que chez les sujets plus âgés ; elles peuvent égarer le diagnostic et faire croire à une méningite commençante. Marie pense qu'elles sont peu fréquentes ; en tous cas, il est rare de les voir se prolonger longtemps. Quant aux douleurs, lorsqu'elles existent, elles éveillent l'idée d'un rhumatisme ou d'une polynévrite. Bien que dans certaines circonstances, la distinction soit délicate à établir, on reconnaîtra la polynévrite grâce à l'acuité beaucoup plus vive des souffrances.

Phase de paralysie complète.

Nous trouvons, ici, une paralysie occupant d'emblée toute l'étendue qu'elle est susceptible d'atteindre. Elle n'est nullement progressive et a, au contraire, son maximum immédiatement. Elle peut frapper les quatre membres à la fois, éventualité assez rare. Habituellement, on observe une paralysie des deux membres inférieurs, une paraplégie, ou une paralysie d'un côté du corps, une hémiplégie. Les muscles de la face sont généralement respectés, contrairement à ce qui se voit dans la polynévrite, mais cette règle souffre encore un bon nombre d'exceptions.

Ces paralysies présentent plusieurs caractères fondamentaux : elles sont flasques, les réflexes musculaires étant diminués ou abolis. Je vous rappelle que, dans la sclérose cérébrale, affection offrant divers points de similitude avec la paralysie infantile, les réflexes sont au contraire exagérés. Les sphincters sont intacts et, exception faite pour les formes douloureuses, plutôt exceptionnelles, dont je vous parlais, il n'y a pas de troubles de sensibilité.

Phase de localisation des paralysies.

Les deux premières périodes, d'invasion et de paralysie complète, durent en moyenne 18 à 20 jours. A ce moment, le mal se limite, la paralysie rétrocède sur plusieurs muscles, persiste et devient définitive sur les autres. Quelquefois la rétrocession est totale, se fait sur tous les éléments musculaires frappés, et la guérison se trouve alors complète. Kennedy a signalé des cas de ce genre et j'en connais des exemples personnels. Dans les muscles qui doivent recouvrer leurs

---

d'ailleurs. Votre carter d'aluminium l'a brusquement heurté. « Effroyable baiser... Le moins dur en mourût. » Non seulement le carter est en pièces, mais la couronne d'acier qu'il protège et lubrifie a perdu plusieurs dents. Vous voilà rentré chez vous, sans enthousiasme et sans gaîté. Si vous renvoyez la voiture au constructeur vous avez fait, non seulement une bonne journée, mais un bon mois. Ne renvoyez pas, croyez-moi. Portez votre pièce abimée chez le mécanicien voisin. Faites-lui faire quelque chose que le constructeur indifférent ou ses ouvriers hautains déclareraient impossible, ou tout au moins inutile, et dont voici les divers temps :

— Abattre au burin, puis à la lime, ce qui reste des dents broyées.

Creuser (mèche et burin) à la place des dents broyées, des emplacements semblables à des emplacements de clavette.

Braser solidement.

Le pis qui puisse arriver est que cela ne tienne pas. Mais ça tiendra, car « ça a tenu ». Les deux observations que je relate sont personnelles.

J'ai suivi les malades : je roule encore dessus.

La vérité est ceci. Il faut que le médecin automobiliste s'affranchisse de ces entraves, dues la plupart du temps au respect sacro-saint qu'il a d'une chose très simple. Il ne faut pas considérer l'auto comme un coffre à mystères, intangible et redoutable. Il faut, au contraire, le connaître dans les coins, s'il crie, savoir pourquoi ; s'il se lamente pouvoir le plaindre et le guérir. La bête, humanisée, deviendra familière. Mais ne renvoyons au constructeur que le moins possible. Faisons pour notre auto ce que nous faisons pour nos malades. Tirons-nous d'affaire tout seul. Par amour-propre, par intérêt. Laissons les professeurs à leurs chaires, les constructeurs à leurs usines, et, petits médecins roulant sur de petites voitures, mettons une clé anglaise dans la boîte aux daviers.

Pour les choses que le domestique ne peut pas faire lui-même, il y a le mécanicien du coin. Méru, petite ville de 5000 habitants, doit à sa situation géographique, d'être un lieu de passage très fréquenté. Peut-être l'aménité bien connue de ses habitants est-elle pour quelque chose dans cette pluie d'étoiles filantes. — Peut-être aussi ce fait surprenant : dans les 1.500 mètres heureux de son parcours, on ne rencontre guère, le dimanche, plus de 2 à 300 chiens errants. Que sais-je ? Toujours est-il qu'un simple serrurier mécanicien s'est installé à l'orée de ce circuit. Opérateur d'abord maladroit, il s'est perfectionné petit à petit. Surtout il accepte de réparer, tandis que pour le constructeur, ne l'oublions pas, réparer, c'est changer.

Il suffit d'ouvrir le *Guide Michelin*, pour trouver, dans les localités les moins importantes, un patron mécanicien, un ouvrier, un simple marchand de bicyclettes qui, au besoin, sera votre homme.

★

fonctions, celles-ci apparaissent peu à peu et les réactions électriques deviennent normales.

Les muscles les plus frappés par les paralysies définitives sont certains muscles de la jambe, de la cuisse et de l'épaule, le groupe antéro-externe formé par le jambier antérieur et les péroniers latéraux, le triceps fémoral, le deltoïde, certains muscles de la colonne vertébrale et de la ceinture comme le trapèze. Il résulte de ces localisations paralytiques des impotences fonctionnelles et des attitudes vicieuses, pied ballant, pied bot, bras pendant, scoliose, etc.

Phase de lésions définitives.

La quatrième et dernière période comporte un certain nombre de phénomènes définitifs : atrophies, raccourcissement du membre, rétractions tendineuses et troubles trophiques.

Les atrophies musculaires sont souvent masquées par de l'adipose ; elle s'accompagnent de raccourcissements, qui intéressent également les os ; ceux-ci sont fragiles et les articulations ont une mobilité anormale, d'où de la laxité des membres.

Les rétractions tendineuses suivent les atrophies. Quant aux troubles trophiques, ils sont nombreux et irréguliers ; la peau est mince, sa température abaissée ; elle est le siège, parfois, de modifications vaso-motrices assez intenses, d'autres fois d'ulcères et d'eschares. A côté de cette susceptibilité on a remarqué le fait contraire, une espèce d'immunité plus rare, mais réelle des membres malades. On a vu des éruptions de rougeole, des éruptions de syphilides, respecter seulement les membres lésés par la paralysie.

Quelques auteurs ont soutenu que l'avenir de ces enfants était menacé, particulièrement par la tuberculose. Je ne le crois pas et n'ai rien observé pouvant justifier cette opinion.

Telle est la forme normale de la paralysie atrophique de l'enfance. Elle se rencontre chez les nourrissons, chez les jeunes enfants dans les deux ou trois premières années de l'existence. Elle se voit quelquefois plus tardivement cependant, et on a signalé des formes récidivantes et tardives de la maladie.

Reprises de la paralysie.

Certains sujets ayant eu une paralysie infantile à l'âge habituel, vers un ou deux ans, sont repris des mêmes troubles morbides à un âge plus avancé. Chose singulière, la récidive frappe les muscles qui avaient été envahis lors de la première atteinte. Ces nouveaux accidents, paralytiques et atrophiques, surviennent à 10, 15, 20, 40 ans et plus tardivement même.

Paralysies infantiles tardives

A côté des faits dont je viens de parler, qui sont des rechutes de paralysie chez des adolescents ou des adultes. il en est d'autres, assez curieux et assez rares, dans lesquels la paralysie infantile, au lieu de commencer à un ou deux ans, le fait à 10, 12 ou 14 ans. Ces formes tardives ont été étudiées par divers auteurs et je puis vous en présenter deux observations. Dans une épidémie qui eut lieu au Canada, 120 enfants furent atteints en 4 mois de paralysie infantile et, sur ce chiffre, 15 d'entre eux avaient plus de 10 ans.

Est-ce à dire qu'une fois sortie de l'usine, la machine n'y doit jamais rentrer. Ce serait absurde : je l'ai déjà écrit. Après dix-huit mois, après deux ans, « lasse d'aller sans user sa carrière, d'aller sans user son chemin » la machine implore grâce et répit. Si vous ne vous sentez pas vous-même capable de surveiller sa remise en état, faites la revoir par le constructeur. Ce sera long et ce sera cher. En tout cas, ce ne seront pas les frais de transport qui alourdiront beaucoup la note à payer. Une voiture comme la voiture Buat, construite pour nous, voyage, si je ne me trompe, à raison de 0 fr. 10 le kilomètre.

En résumé, les observations de mon honorable confrère correspondent bien à la réalité des faits d'il y a quatre ou cinq ans. Les voitures de cette époque, compliquées, il semble, à plaisir, toutes différentes les unes des autres, cachaient la « panne » dans tous leurs coins. Voyez aujourd'hui le châssis d'une Buat, par exemple. Où voulez-vous qu'elle se loge, la panne ? Dans le moteur si infaillible, dans le changement de vitesse, si simple et si solide, dans la transmission, qui ne bouge jamais ! Assurément, aujourd'hui un écrou se desserre, demain, une goupille se perd. Resserrez l'écrou, remettez la goupille ? — Toute cette mécanique est de la mécanique ordinaire. Entretenez-moi çà comme il faut que ce soit entretenu : de l'huile, de l'attention, l'œil du maître. Vous trouverez partout des réparateurs sans prétention, acceptant vos idées, ayant simplement la technique qui vous manque. Employez-les — surveillez-les.

En ce qui concerne le véhicule lui-même, j'ai déjà dit bien souvent quelles étaient, selon moi, ses caractéristiques : j'y reviendai prochainement en décrivant la voiture L. Buat.

Ce que j'ai cherché à dire et à faire, dans ce journal et ailleurs, depuis deux ans bientôt, ce sont des choses nettes, peu compliquées, pratiques, exemptes en tout cas de prétention. Je n'ai jamais eu de grosses voitures à ma disposition et ne tiens pas à faire croire que j'en ai.

Assurément un auto à 2 cylindres a une traction plus douce, un coup de piston plus moelleux, — moins bruyant, plus rapide, il permet la lunette noire. — Il autorise son propriétaire à se pencher sur le volant rebelle, à prendre dans les virages cet air préoccupé et fatal de l'homme qu'une responsabilité formidable écrase, — redouté des canards, envié des imbéciles. Cet homme ne va pas vite parce qu'il est pressé : il n'a généralement rien à faire. Il va vite pour étonner les autres. Il est d'ailleurs heureux et se croit admirable. — Question de jugement. Sa poche est mieux garnie que sa cervelle. Laissons-le. L'auto qui le mène n'est pas construit pour nous.

Ayons un monocylindre pour l'avoir moins cher, pour l'avoir plus simple. Montons-le sur un châssis solide qui n'ait point de syncope à

Diagnostic de la paralysie infantile.

Je ne fais qu'énumérer les principales affections avec lesquelles la paralysie infantile peut être confondue.

D'abord, les pseudo-paralysies des nourrissons, par exemple les fractures, les lésions articulaires, les décollements épiphysaires des syphilitiques (pseudo-paralysie syphilitique de Parrot).

Puis, les paralysies véritables, l'hémiplégie de la sclérose cérébrale, distincte par ses contractures, par l'exagération des réflexes qu'elle comporte, par l'état cérébral du sujet ; la maladie de Little, distincte aussi par l'exagération des réflexes ; le mal de Pott dont la paralysie ne saurait prêter à confusion si l'on regarde avec soin la colonne vertébrale.

Il faut faire une place dans ce diagnostic aux paralysies obstétricales. aux paralysies radiculaires qui frappent le deltoïde et résultent d'une application de forceps,d'un accouchement par le siège. Ces paralysies se montrent au moment de la naissance et non quelques mois plus tard.

Restent les paralysies *douloureuses* des polynévrites, toutes les atrophies musculaires, les atrophies myopathiques, les amyotrophies d'origine articulaire et rhumatismale.

Cas cliniques.

Voici en premier lieu quelques cas-types réguliers et normaux.

A. Enfant de 22 mois, atteint de paralysie infantile localisée au deltoïde. Il ne se sert pas de son bras droit. Il a eu pendant 10 mois des convulsions, et la rareté d'un accident de ce genre aussi prolongé dans la paralysie infantile doit nous faire rechercher s'il ne s'agirait pas d'une autre affection, d'une sclérose cérébrale : il n'en est rien, le réflexe patellaire et celui du coude sont normaux, non exagérés.

B. Enfant de 3 ans ayant une jambe ballante, pendante, avec laquelle il ne fait aucun mouvement. L'affection a débuté il y a 13 mois par des convulsions, un état général sérieux, une paralysie des deux jambes. Puis le membre inférieur droit s'est dégagé et la lésion s'est localisée à gauche. On ne trouve rien aux membres inférieurs, rien aux muscles de la colonne vertébrale, l'enfant se tient bien assis. La jambe gauche est impotente, atrophiée, mais en voie d'amélioration. La période de lésions définitives n'est pas atteinte encore et il ne faut pas confondre avec elle la phase d'atrophie. L'électrisation peut intervenir utilement.

Voyons maintenant deux exemples de formes tardives.

C. Garçon de 14 ans qui fut atteint entre 11 et 12 ans d'une affection fébrile qualifiée de fièvre typhoïde.Après 12 à 15 jours,cette maladie guérit, mais l'enfant étant paralysé garda le lit pendant plusieurs semaines. Une fièvre qui guérit en deux semaines et se complique au 8e jour d'une paralysie presque générale ne me semble pas avoir été une fièvre typhoïde. Rappelez-vous que le début de la paralysie infantile peut être fébrile et simuler une dothiénentérie durant les premiers jours. De plus, je ne crois pas qu'on voie jamais une paralysie complète le huitième jour d'une fièvre typhoïde. J'estime donc qu'il s'est agi d'une paralysie infantile à début aigu et tardif.

Au bout de peu de temps, les troubles de la motilité du côté droit disparurent et le côté gauche demeura seul atteint. L'enfant se plaignit en même temps de quelques douleurs musculaires.

---

tous les caniveaux. — Choisissons une transmission avec cardan. Elle est théoriquement et pratiquement supérieure à la chaîne. — La chaîne s'use vite — elle coûte cher — elle casse. Elle fait beaucoup de bruit dès que ses maillons ont pris un peu de jeu. Elle se raidit par la boue : parfois en hiver elle est rigide comme une barre de fer. — Pourquoi choisir de gaîté de cœur tous ces inconvénients, en regard d'un seul avantage, et encore, si douteux : la possibilité de changer la multiplication en changeant les pignons. Si vous faites souvent cette transformation elle devient une source d'ennuis, si vous la faites rarement, à quoi bon ? D'ailleurs, si on me mettait brusquement entre les mains une de mes voitures habituelles dont le rapport des vitesses ait été changé, le moteur restant le même, je ne la conduirais ni avec aise, ni avec souplesse, et je crois qu'il vaut mieux, pour un véhicule donné, chercher les changements d'allure dans les modifications de l'allumage et de la carburation. dans l'emploi judicieux des trois vitesses, plutôt que dans les variations du diamètre des pignons de commande.

Quant à la nécessité de bien connaître sa voiture, elle est indéniable. Beaucoup de confrères hésitent à venir à l'auto parce qu'ils ont encore peur de la bête inconnue, craignent de se trouver un beau jour en face d'une difficulté insurmontable — et, ne sachant rien de ce que leur machine a dans le ventre, trouvent en général chez le constructeur peu d'empressement à le leur apprendre.

En ce qui concerne la voiture Léon Buat, je comblerai cette lacune. Prochainement, à la demande de plusieurs, j'en ferai l'étude détaillée. Nous la verrons d'abord à la remise, où nous la démonterons pièce à pièce. Puis nous irons avec elle sur la route. La voiture étant d'une extrême simplicité, il suffira d'être précis pour être clair. Et, bien que je ne me sente aucune des aptitudes d'un vulgarisateur, j'arriverai, je pense, à faire un petit manuel, concis, complet, — méthodique, — c'est la part de la voiture — intéressant ? c'est ma part, moins certaine que l'autre.

Mais auparavant, pour répondre encore à de nombreuses demandes, je dirai quelques mots des portions dites accessoires : l'huile, l'essence, l'éclairage, les pneus, — accessoires pour les uns, essentielles pour moi, qui émet en terminant cet aphorisme :

Etant donné une voiture sur la route, immobilisée, approchez-vous, demandez *pourquoi* au conducteur.

Quatre-vingts fois sur cent, panne d'allumage, — dix-neuf fois sur cent : panne d'accessoires — une fois sur cent : le reste.

(A suivre.)

Dr E. Coup.

Aujourd'hui son état est le suivant : l'atrophie du triceps gauche est frappante, la jambe est atrophiée avec un peu de laxité articulaire et attitude du pied en varus équin. Le bras gauche est également touché.

Cliniquement cet ensemble symptomatique rappelle bien la paralysie infantile. Nous avons dit, déjà, qu'il ne saurait s'agir d'une fièvre typhoïde à reliquat paralytique. Ce n'est pas, non plus, une polynévrite, affection dans laquelle les phénomènes douloureux sont beaucoup plus prononcés au niveau des muscles atteints et réveillés par la simple pression. D'autre part, dans la polynévrite, les lésions sont plus symétriques et, quand elles régressent, elles abandonnent symétriquement aussi les muscles des deux côtés, laissant des reliquats beaucoup moins pénibles. Ici, tout marche symétriquement et de pair, l'invasion comme la régression. Je rappellerai que la polynévrite présente beaucoup plus fréquemment que la paralysie des symptômes du côté de l'œil, du strabisme par exemple.

D. Observation analogue d'un enfant de 14 ans entré dans le service au mois de février dernier pour une paralysie infantile à début rapide.

A côté de ces exemples de paralysie infantile normale et de paralysie tardive, je vous montrerai un cas de sclérose cérébrale, à titre de comparaison et de diagnostic différentiel.

E. Enfant de 11 ans atteint d'hémiplégie par sclérose cérébrale depuis 9 à 10 ans. Les réflexes sont manifestement exagérés au coude et au genou ; il y a un certain degré de contracture et d'épilepsie spinale. Le petit malade est un arriéré au point de vue du développement intellectuel et il est en proie à des attaques épileptiformes. Il y a là un tableau bien différent de celui de la paralysie infantile qui est molle, avec des réflexes diminués ou abolis, à plus forte raison sans épilepsie spinale, ni contracture, et qui ne touche pas l'intelligence.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur les résultats de la cure radicale des hernies inguinales par la méthode de Bassini.

Ainsi que le démontrent les statistiques des différentes cliniques chirurgicales, le traitement opératoire des hernies inguinales non étranglées a subi une grande extension depuis deux années. Grâce aux succès de la méthode, on ne fait plus seulement la cure radicale pour les hernies qui ne peuvent être maintenues par un bandage, on opère aussi celles que contiennent facilement les appareils prothétiques.

Le bandage herniaire reste, chez les adultes du moins, un simple palliatif. Il n'assure nullement au malade une sécurité complète contre les graves dangers de l'incarcération, bien que celui-ci s'astreigne à le porter d'une façon constante. De plus, le bandage est souvent d'une grande gêne, en particulier pour les ouvriers qui accomplissent des travaux pénibles, pour les gens obèses ou pour ceux qui ont la peau fine et irritable.

Grâce à l'asepsie chirurgicale, l'opération de la cure radicale est une intervention sans dangers, et ses suites sont exemptes de complications. La mortalité pour les hernies non étranglées est devenue presque nulle ; c'est ainsi que sur 250 cas (parmi lesquels se trouvaient même 31 hernies étranglées), le docteur Fraenkel ne relève aucun cas de mort (*Münch. Med Woch.*, n° 22, 1904) ; Potter accuse une mortalité de 0,7 pour cent dans sa statistique, qui porte sur 2400 cas.

En se conformant strictement à toutes les règles techniques et aseptiques, le chirurgien obtient dans la grande majorité des cas une guérison par première intention, c'est-à-dire que la plaie opératoire se cicatrise au bout de huit jours environ.

Sans vouloir condamner les procédés de Czerny, Kocher, Macewen, l'auteur indique ses préférences pour la méthode de Bassini, qui offre l'avantage de mettre largement à découvert le sac herniaire, et de reconstituer le canal inguinal dans les conditions anatomiques normales ; le trajet inguinal, plus ou moins altéré par la hernie, est rétabli dans ses parois et dans sa direction ; dans ce nouveau canal le cordon se place entre une cloison postérieure musculaire formée par la suture du ligament de Poupart, des muscles abdominaux profonds, et une cloison aponévrotique antérieure, constituée par les fibres tendineuses du grand oblique. Enfin dans la méthode de Bassini, on sépare le sac du cordon aussi loin que possible, et l'on ferme ce sac très haut pour éviter la production ultérieure d'une hernie épiploïque.

Pour la conduite de l'opération, on se conforme aux principes édictés par Bassini, mais il est intéressant de connaître quelques petites particularités de technique, sur lesquelles Fraenkel attire l'attention, et qu'il se croit autorisé à signaler après avoir pratiqué lui-même 250 cures radicales.

L'auteur conseille de faire subir à tout patient qui n'est pas porteur d'un étranglement herniaire une préparation de plusieurs jours : évacuation complète de l'intestin, bains de propreté. L'évacuation de l'intestin est nécessaire, car elle facilite l'opération, et diminue le péristaltisme pendant les premiers jours. Dans les bains de propreté, on savonnera avec un soin tout particulier la région inguinale. Cette période préparatoire, pendant laquelle le malade ne doit s'alimenter que d'une manière très modérée, dure en général deux jours. S'il existe une grosse hernie, renfermant une partie d'intestin irréductible, il est prudent de purger davantage le malade, et de le condamner au lit pendant les deux derniers jours.

L'opération est généralement faite sous l'anesthésie générale, chloroforme ou éther. Pour quelques cas, Fraenkel s'est servi de l'anesthésie locale de la manière suivante : il incisait, sous des injections interstitielles et suivies de cocaïne, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et l'aponévrose externe ; puis il injectait une demi-seringue ou une seringue entière de cocaïne (1 %) dans chacune des branches nerveuses : spermatique externe, génito-crurale, iléo-hypogastrique. Cependant l'anesthésie locale ne doit pas être employée, quand on redoute des adhérences herniaires, quand la hernie est assez volumineuse, ou quand la paroi abdominale est trop riche en tissu adipeux.

Fraenkel estime que ni l'opérateur, ni les aides ne doivent toucher avec leurs doigts la plaie chirurgicale ; pour introduire les fils dans les aiguilles, ils se serviront de pinces à disséquer. Cette recommandation est très importante, puisque les travaux, publiés en ces dernières années, ont montré qu'il était impossible de débarrasser les mains de tous les germes microbiens. L'auteur conseille l'hémostase la plus soigneuse ; il met des fils sur les plus petits vaisseaux ; et emploie uniquement de la soie. Dans les cas seulement où quelques complications sont à craindre dans la période de cicatrisation (hernies étranglées par exemple) il se sert de catgut pour les ligatures et les sutures. Quelquefois il a employé aussi du fil d'argent ou d'aluminium pour les sutures profondes, quand, par exemple, les muscles profonds et le ligament de Poupart étaient difficiles à rapprocher.

L'opération en elle-même comprend les temps suivants :

1°) Incision, dans la région inguinale, de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané jusqu'au fascia du muscle grand oblique ; mise à découvert de l'orifice externe du canal inguinal.

2° On incise l'aponévrose du grand oblique, et on libère à la sonde cannelée chacune des deux lèvres, puis on les repère avec une pince hémostatique. L'incision doit être un peu oblique par rapport à la direction des fibres aponévrotiques, pour que l'on obtienne un lambeau inférieur suffisant ;

3° La masse formée par le sac herniaire et le cordon, ainsi mise à découvert, est saisie par un aide au moyen d'une compresse afin que le chirurgien puisse séparer le sac du cordon. Cet isolement doit se faire à l'aide d'instruments mousses : pince à disséquer, ou doigts, mais recouverts d'une gaze stérilisée ; si les adhérences sont très tenaces, on emploiera avec grandes précautions des ciseaux. Cette dissection est parfois assez délicate ; pour plus de facilités, mieux vaut la commencer au niveau du collet, et non pas au fond du sac herniaire ;

4° Le sac isolé est incisé ; on réduit les parties intestinales, après les avoir libérées de leurs adhérences. S'il y a lieu, on resèque au besoin le péritoine nécrosé. Si la réduction ne s'opère pas facilement, il sera parfois avantageux d'élever le bassin du malade pour la faire : on ligature le sac herniaire ainsi vidé aussi haut que possible au-dessus de son collet, puis on le réduit à son tour dans la cavité abdominale ;

5° On constitue alors la paroi postérieure du nouveau canal inguinal. La masse formée par les muscles petit oblique et transverse est fixée au bord postérieur du ligament de Poupart par 6 à 8 points de suture. (Bassini prend le fascia transversalis avec les deux muscles précédents.) Fraenkel comprend dans ses deux points inférieurs le bord externe du muscle grand droit. Il ne lie les fils que lorsqu'ils sont tous passés, en commençant par les fils inférieurs. Dans certains cas les masses musculaires sont assez élevées au-dessus du ligament de Poupart, et pour faciliter le rapprochement, il suffit de libérer davantage la lèvre supérieure de l'aponévrose externe (du grand oblique) ;

6° Le cordon spermatique est alors placé sur cette paroi postérieure du canal, et l'on procède à la reconstitution de la paroi antérieure en suturant les deux lèvres de l'aponévrose externe, sectionnée au début de l'opération. Il faut procéder par points séparés, car le surjet favorise la nécrose de ces tissus mal vascularisés ;

7° Suture de la peau sans tamponnement, ni drainage, sauf pour les hernies étranglées (tamponnement à la gaze pour un ou deux jours dans l'angle inférieur de la plaie.)

La durée de l'opération est en moyenne de 20 à 25 minutes pour les cas simples ou les hernies récentes.

Frœnkel préconise un simple pansement, composé de plusieurs couches de gaze collodionnée, sur lesquelles il applique pendant les 24 premières heures un sac de sable, pesant deux ou trois livres. Il ne fait le pansement ordinaire avec des bandes qu'au cas de tamponnement. Les pieds du lit sont légèrement surelevés pendant deux ou trois jours, pour éviter que le sang, extravasé par suite des efforts de toux ou de vomissements, ne s'accumule dans le scrotum et ne produise de l'œdème.

Au bout de six à sept jours, les fils sont enlevés, et dans les conditions normales, la plaie doit être réunie. A ce moment, nouveau pansement au collodion pour une semaine. Le douzième jour, les malades se lèvent ; ils quittent l'hôpital le 14e ou le 15e jour. Quand leurs occupations sont sédentaires, ils peuvent alors les reprendre au bout d'une semaine ; si leurs travaux sont pénibles (forgerons, etc.), ils doivent attendre trois ou quatre semaines.

En principe, les malades ne portent plus de bandage après la cure radicale ; après l'opération de Bassini, le bandage serait même dangereux, car il affaiblirait par ses pressions la cicatrice et favoriserait les récidives.

Dans la majorité des cas, cette méthode évite d'une manière définitive toute production de hernie, même s'il y avait étranglement avant l'opération. Cette règle comporte des exceptions, quand l'état général défectueux du malade a nécessité une opération rapide, ou bien quand l'intervention s'est compliquée d'une infection des parties molles de la paroi. Toutes ces manifestations, qui sont les conséquences habituelles d'un étranglement de plusieurs jours, deviennent plus rares de nos jours, tout au moins dans la clientèle des villes, qui n'hésite pas a venir rapidement demander secours au médecin, et permet ainsi la pratique plus fréquente de la cure radicale. De tels malades sont donc en état de devoir à leur chirurgien, non seulement la vie, mais encore la guérison définitive.

La cure radicale peut être subie jusqu'au-delà de l'âge de soixante ans ; quant aux enfants, il est bon de ne pas les opérer avant l'âge de 2 ans, à moins d'incarcération ou d'irréductibilité. Avant cette limite, il n'est pas rare, en effet, de voir des hernies réduites guérir spontanément.

Quel que soit le volume de la hernie, à moins d'éventrations, il faut tenter l'opération radicale ; Fraenkel a opéré plusieurs hernies grosses comme une tête d'homme.

S'il n'y a pas de contre-indications spéciales, on peut en une seule séance faire la cure des deux côtés, quand la chose est nécessaire : la durée de l'opération n'excède pas 45 minutes ou une heure.

Dans les hernies congénitales, on trouve assez souvent la cryptorchidie ; dans ces conditions, Fraenkel fixe au moyen de quelques points de

suture le testicule à la partie inférieure du scrotum.

Voici maintenant quels sont les résultats obtenus pour ces 250 cures radicales. L'auteur, avons-nous dit, n'eut aucune mort à déplorer. Chez deux malades, il se produisit au moment de la dissolution du cordon une rupture des canaux déférents ; aucune suture n'en fut faite, quoique l'expérimentation ait démontré ces temps derniers la possibilité de la chose.

Les conditions de la guérison furent moins favorables dans les étranglements : néanmoins sur 31 cas, on ne nota que 7 fois une suppuration superficielle Pour les hernies simples, la réunion par première intention, au bout de huit jours, fut obtenue dans 92 % des cas. Les complications infectieuses ne se traduisirent jamais par de la pyémie : deux fois il y eut une infection profonde grave (nécrose testiculaire et semi-castration chez un alcoolique invétéré). Dans les autres cas, c'étaient des suppurations superficielles, retardant la guérison définitive de quelques semaines.

En somme, les résultats immédiats de cette opération sont très favorables, et ils pourront avec quelques efforts devenir encore meilleurs, car l'auteur a obtenu des séries de 50 à 60 cas consécutifs sans aucune infection.

Il est encore plus intéressant de connaître les résultats à distance. Frænkel a pu revoir personnellement 133 de ses opérés ; il en a questionné 52 par lettres. Il relève 7 récidives sur les 185 patients. La plupart de ces récidives se produisent durant la première année, qui suit l'opération ; après un an, on peut donc, et c'est une limite généralement admise, considérer la guérison comme définitive ; or 136 sujets de Frænkel étaient opérés depuis 1 à 5 ans.

La récidive se produisait en somme dans 4,9 % des cas ; ces résultats peuvent être considérés comme très bons, car les opérations ont porté parfois sur des hernies compliquées, volumineuses, anciennes.

Les récidives qui se produisent après l'opération de Bassini, sont généralement des hernies petites, facilement contenues par un bandage ; elles s'observent le plus souvent à l'angle supérieur de l'incision, c'est-à-dire au niveau de l'anneau inguinal interne, reconstitué par l'opérateur.

Il faut intervenir à nouveau pour les récidives ; la seconde opération est un peu plus délicate, mais on peut espérer le résultat définitif dans un grand nombre de cas.

Chez trois malades, Frænkel a relevé l'apparition ultérieure de névralgies, vraisemblablement produites par la lésion, au moment des sutures, de quelque ramuscule nerveux.

La cure radicale, d'après la méthode de Bassini, est donc à conseiller toutes les fois qu'il y a hernie inguinale, irréductible ou non, étranglée ou non.

Le bromhydrate de scopolamine dans la pratique médicale.

Liepelt a employé avec succès le bromhydrate de scopolamine dans le traitement du delirium tremens, dans les délires fébriles (fièvre typhoïde, pneumonie) et dans les excitations motrices intenses d'autre nature. Ce médicament, administré à doses convenables, paraît superieur au chlorhydrate de morphine.

En général, il agit sûrement et ne possède pas d'actions secondaires fâcheuses.

Liepelt dissout 0 gr. 01 centigramme de scopolamine dans dix parties d'eau ; la solution doit être toujours fraîchement préparée et claire ; on l'administre par la voie sous-cutanée. L'injection n'est pas douloureuse.

On dose le médicament, en se basant sur l'état d'excitation du malade, sur son âge et avant tout sur le poids de son corps. Le plus souvent il suffit de 0.4 milligramme à 0,6 milligramme pour obtenir un effet calmant ; celui-ci apparait rapidement et persiste durant 4 ou 5 heures.

Le médicament est toujours bien supporté, même à la dose maxima d'un milligramme.

Sur la pathogénie de l'ictère.

C'est une nouvelle pathogénie de l'ictère que nous expose le Dr Ott (*Med. Woch.*, 1904).

La constipation opiniâtre, dit-il, amène parfois une accumulation de matières fécales dans le côlon transverse, d'où pression sur le canal cholédoque, stase de la bile, et ictère.

Cette variété de jaunisse se confond facilement avec les autres : ictère catarrhal, lésions chroniques du parenchyme hépatique. On peut croire à la lithiase biliaire, s'il y a des crises douloureuses, et surtout si celles-ci se renouvellent à intervalles reprochés.

En pareil cas, la thérapeutique sera purement causale ; et son action deviendra rapidement efficace.

Dr GEORGES.

NOTES D'HYGIÈNE

Hygiène des boissons.

L'eau à Paris. — La préfecture de la Seine communique une note par laquelle elle fait savoir que « en raison d'un état sanitaire suspect dans la région des sources, il est recommandé par prudence à la population parisienne de faire bouillir l'eau de boisson. » C'est de la part de l'administration, dit le *Figaro*, un procédé discret, d'annoncer les prochains progrès de la fièvre typhoïde sur les statistiques municipales, et aussi une manière de se laver les mains — dans de l'eau bouillie. C'est en quelque sorte du poncepilatisme hygiénique. Sans doute cela est fort touchant, et il est admirable de voir avec quelle vigilance l'administration prépare ses excuses et établit ses alibis. Mais ne serait-il pas plus utile et plus habile, en même temps, d'améliorer l'état sanitaire desdites sources et d'éviter ce constant empoisonnement des eaux en priant les ingénieurs de la ville de mettre toute leur science à les assainir ?

Hygiène industrielle.

Un décret du président de la République, dit la *Gazette médicale de Paris*, rendu en exécution de la loi du 11 juillet 1903 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs détermine les conditions dans lesquelles doivent être installés les locaux affectés au couchage du personnel dans les lo-

caux industriels. Le décret spécifie notamment, que le cube d'air devra être au moins de 14 mètres par personne, suffisamment ventilés : il donne la hauteur minima des dortoirs ; interdit, sauf pour les gardiens de nuit, le couchage dans les ateliers ou magasins, etc. Le texte du décret et des indications concernant les mesures de prophylaxie contre la tuberculose devront être affichés dans chaque dortoir.

L'existence de lésions tuberculeuses, même localisées, donne à la chair de l'animal atteint le caractère de viande corrompue.

La *Revue de médecine et de chirurgie* enregistre une décision de la Cour de cassation qui ne manquera pas, pensons-nous, d'intéresser nos lecteurs, quoiqu'elle n'ait qu'un rapport indirect avec l'exercice de la profession médicale.

Dans son audience du 30 juin dernier, la Chambre criminelle de la Cour de cassation a décidé que « la chair d'animaux, lorsqu'elle est infectée par la tuberculose, a subi des altérations profondes et essentielles et constitue, au sens juridique du mot, de la viande corrompue. Aussi y a-t-il mise en vente de viande corrompue de la part du boucher qui met en vente de la viande provenant des quartiers d'une vache dont l'enfouissement avait été ordonné par le vétérinaire, *alors même que le certificat ne relevait qu'une tuberculose localisée.* »

MEDECINE LEGALE

Les maladies transmissibles par piqûres d'insectes et la loi du 9 avril 1898.

Par M. le Dr G. Olive,
Médecin des Hôpitaux, professeur à l'école de Médecine, expert près les Tribunaux,
et par M. le Dr H. Le Meignen,
Médecin suppléant des Hôpitaux, chef des travaux physiologiques de l'École de Médecine.

In *Gaz. méd. de Nantes.*

Il est peu de lois au fonctionnement desquelles le médecin soit aussi intimement mêlé que celle visant la réparation des accidents du travail (Loi du 9 avril 1898, modifiée le 24 mars 1902). L'extension de cette loi à toutes les classes de salariés, actuellement à l'étude des Chambres françaises, intéresse tout le corps médical : dans un avenir prochain, il n'y aura pas un praticien qui ne sera journellement appelé à formuler son avis motivé dans un différend entre patron et ouvrier. Tantôt ce sera sur la durée d'une incapacité temporaire, que le juge voudra connaître l'opinion du médecin ; tantôt la victime ou le juge voudront l'estimation du degré d'incapacité permanente résultant d'une blessure. Le médecin devra pouvoir répondre à tout et, pour cela, avoir prévu les questions les plus diverses, sous peine de se tromper lourdement dans ses appréciations.

Souvent, il ne lui sera pas moins difficile de répondre à la question préalable qui lui sera posée, l'état pathologique de l'ouvrier est-il le fait d'un accident du travail ? Bien des fois, en effet, une affection latente ne se manifeste qu'au moment du travail et, de bonne foi, est attribuée à un traumatisme, même léger. Il appartiendra au médecin de rétablir les faits dans leur exactitude. Dans d'autres circonstances, au contraire, ce qui paraîtra être, aux yeux du public non médical, un incident pathologique sans rapport avec un accident, pourra tomber sous le coup de la loi, dans certaines conditions étiologiques données. C'est un côté de cette question que nous voulons examiner.

Lorsque la loi de 1898 fut votée, on ne connaissait pas encore la façon dont se faisait la transmission de la fièvre jaune, du paludisme, de la peste. Si l'on n'ignorait pas la nature contagieuse de ces affections, on considérait la contagion comme se faisant probablement par l'air et il ne semble pas que les juristes commentateurs aient pensé un seul instant que la loi pût viser de tels faits. L'article premier s'exprime, en effet, ainsi : « Les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail aux ouvriers et employés.... donnant droit au profit de la victime ou de ses représentants à une indemnité.... »

Un accident, c'est un fait anormal et étranger au cours du travail. Ce qu'entend réparer la loi, c'est une lésion corporelle, se produisant inopinément et soudainement sous l'influence d'une cause extérieure. Tout le contexte prouve l'intention du législateur ; ce qu'il entend par accident, c'est ce fait bien précis, pouvant facilement être constaté par lui-même, sinon en toutes ses conséquences, par un individu quelconque. Précisément à cause de cette facilité de constatation, une procédure spéciale était édictée. Or la contagion d'une maladie, contagion qui peut se produire par un mode sinon mystérieux du moins souvent assez obscur, ne peut guère être assimilée à un accident.

Les travaux entrepris dans ces dernières années ont apporté un élément nouveau à la discussion en démontrant le rôle des insectes dans la propagation de quelques maladies infectieuses.

On connaît le rôle attribué à l'*anopheles claviges* dans la transmission de la malaria. On admet généralement que ce moustique s'infecte sur un malade atteint d'impaludisme et transporte par piqûre le germe sur les sujets sains.

Les travaux récents de la Commission française envoyée pour étudier la fièvre jaune sur place ont établi qu'un moustique était aussi responsable des épidémies de typhus amaril : le *stegomya fasciata* est à la fièvre jaune ce qu'est l'anopheles claviger à l'impaludisme.

Le virus pesteux est transporté par une puce particulière, le *typhosylla musculi*, qui vit sur les rats, mais peut se jeter sur l'homme et lui inoculer le germe pathologique.

Nous laisserons de côté la maladie du sommeil dans l'étiologie de laquelle la piqûre d'un insecte dut peut-être encore être inculpée, la filariose, transmise par le *culex pipiens*, moins intéressante pour nous, car son aire de distribution ne touche guère nos colonies.

En dehors de ces maladies exotiques, le charbon semble transmissible, par la piqûre de mouches infectées sur des cadavres d'animaux, et certaines forêts jouissent d'une triste célébrité pour l'hospitalité qu'elles donnent à ces insectes.

Cette notion de l'origine des maladies infectieuses les fait rentrer, *en principe*, dans la catégorie des faits visés par la loi sur les accidents du travail.

On ne peut nier en effet qu'une piqûre, qu'une morsure par un animal quelconque constituent le fait anormal, étranger au cours naturel du travail, constitutif de l'accident : il y a bien, par ce fait, production soudaine d'une lésion dont les troubles morbides consécutifs ne sont que la conséquence.

Il y a donc bien lieu d'admettre au bénéfice de la loi, les ouvriers qui peuvent prouver que le travail a été pour eux l'occasion d'une maladie, dans les conditions étiologiques que nous venons de déterminer. C'est la théorie admise par l'Office impérial allemand qui accorda l'indemnité légale à la veuve d'un garde forestier, mort du charbon contracté par piqûre de mouche au cours d'une tournée d'inspection dans une forêt marécageuse (1).

Pour le charbon, d'ailleurs, la difficulté est beaucoup moindre que pour les autres maladies que nous avons signalées, en raison des phénomènes locaux qui se développent au point d'inoculation et permettent de rapporter avec certitude l'effet à la cause.

Il n'en est pas de même pour la peste, la fièvre jaune, l'impaludisme : la piqûre d'insecte qui est l'origine de ces infections ne se distingue en rien de la morsure du moustique le plus inoffensif, de la puce la moins infectieuse, et si nous posons, en principe, que la lésion causée au cours du travail par un animal nuisible dût donner lieu à une indemnité, nous devons reconnaître combien l'application de cette théorie sera surtout difficile.

Si le travailleur séjourne dans un pays où la maladie dont il est atteint règne, soit à l'état épidémique, soit à l'état endémique, il semble impossible que l'on puisse considérer comme un accident du travail la morsure infectieuse et ses suites. C'est là un risque banal auquel sont exposés tous les habitants de la même contrée ; le plus souvent le travail n'aura pas aggravé ce risque. Comment prouver d'ailleurs que c'est une piqûre faite pendant le travail et non plutôt une autre quelconque qui a introduit le virus ? On peut appliquer ce raisonnement tout particulièrement au paludisme, qui ne semble pas être transporté en dehors des régions où il existe à l'état endémique. D'ailleurs, même dans les pays où sévit la maladie, on ne peut affimer la relation entre une piqûre de moustique et la maladie. Outre que d'autres espèces que l'anopheles, probablement inoffensives, sont rencontrées, l'anopheles lui-même ne serait dangereux qu'autant qu'il se serait infecté par piqûre d'un sujet malade vingt à trente jours auparavant.

En ce qui regarde la fièvre jaune, la Commission française a montré que la transmission se faisait par les stegomya femelles, jeunes et déjà fécondées, ayant piqué un malade dans les trois premiers jours de son affection et s'attaquant à un second sujet au moins douze jours plus tard. Qui pourra prouver que telle morsure déterminée s'est accomplie dans ces conditions !

Dans certains cas cependant, le problème se simplifiera. La peste, la fièvre jaune, peuvent être transportées loin de leur pays d'origine. L'histoire de l'épidémie de fièvre jaune importée à Saint-Nazaire par l'*Anne-Marie*, en 1861, nous fournit un exemple intéressant : la cale de ce navire renfermait un chargement qui avait donné asile à de nombreux moustiques, les hommes occupés au déchargement furent piqués par ces insectes et une grande partie succomba à la maladie. Le stegomya conserve en effet sa force de transmission pendant très longtemps et est en même temps d'autant plus dangereux que son inoculation remonte à une date très ancienne ; les ouvriers ainsi piqués et qui moururent consécutivement de la fièvre jaune étaient certainement dans les conditions visées par la loi actuelle. Leur état pathologique avait pour origine ce fait précis, survenu accidentellement à l'occasion du travail. Aucun doute ne pouvait s'élever puisque la maladie ne sévissait pas à ce moment dans la ville de Saint-Nazaire.

Un ouvrier, en déchargeant un navire provenant de régions contaminées, est amené à toucher un cadavre de rat. Il est mordu par les puces existant encore sur ce cadavre et, consécutivement, frappé de peste. Nous croyons que les tribunaux devraient accorder à ses ayants droit les indemnités prévues par la loi.

La solution de ces cas nous paraît donc celle-ci : toutes les fois qu'on pourra prouver la piqûre pendant le travail, à l'occasion du travail, par l'insecte contaminateur, toutes les fois que l'infection n'aura pu se faire autrement, on devra considérer le malade comme un accidenté du travail.

En fait donc, l'impaludisme ne pourra jamais être regardé comme le résultat d'un accident de travail, car la preuve ne pourra jamais être faite de la contamination isolée par le fait du travail. Les législateurs l'ont si bien compris qu'on avait proposé d'étendre implicitement le bénéfice de la loi à tous les travailleurs touchés par l'impaludisme dans les régions infectées. C'est ce qu'a fait le corps législatif italien, par le vote d'une disposition spéciale mettant à la charge de l'employeur la réparation des cas d'impaludisme, lorsque l'ouvrier est atteint pendant une période de travail. Le fait d'avoir jugé nécessaire cette disposition spéciale prouve que l'impaludisme ne rentre pas dans les catégories visées par le mot « accident. »

On comprend aussi facilement l'intérêt qui s'attache à cette question. Un entrepreneur de déchargements perd plusieurs ouvriers de la fièvre jaune pendant le déchargement d'un navire. Si l'on admet qu'il y a un accident, les représentants des décédés ont devant eux, à l'exclusion de tout autre, une procédure spéciale, rapide, leur assurant une indemnité fixée. Au contraire, rejette-t-on l'idée d'un accident, il ne leur reste plus que l'action tirée des articles 1382 et 1383 du Code civil, rendant responsable tel individu de sa négligence ou de son imprudence? Encore lui faut-il prouver que l'employeur n'a pas pris les précautions usuelles pour garantir son personnel de la contagion ?

Nous ne croyons pas que les tribunaux français aient eu encore à se prononcer dans des cas de contagion, de peste ou de fièvre jaune ; le fait peut se produire d'un instant à l'autre dans l'un de nos grands ports. Le charbon a, au contraire, déjà été l'objet de plusieurs décisions judiciaires. Un jugement de la Cour d'appel de Rennes (13 janvier 1902), confirmant un arrêt du tribunal de la même ville (8 mars 1901), a parfai-

(1) THIEM. — Handbuch der Unfaller Krankungen p. 98.

tement bien posé la question. Il est question d'un ouvrier tanneur chez lequel, prétendait-on, une mouche avait inoculé le charbon.

« Attendu que la demande de la veuve B... ne pourrait être accueillie que s'il était nettement établi que la piqûre ou la lésion qui a déterminé l'inoculation a eu lieu par le fait ou à l'occasion du travail dont B... était chargé à la tannerie ; que cette preuve n'est pas rapportée et ne saurait l'être dans l'espèce ;

« Attendu que, s'il est vrai que les ouvriers tanneurs sont plus particulièrement exposés aux atteintes du bacille du charbon et s'il est établi qu'un autre ouvrier, travaillant dans le même atelier que B..., a été également atteint vers la même époque de pustule maligne, il n'est pas impossible d'admettre que le fait générateur de l'inoculation a pu se produire en dehors de la tannerie et du travail auquel B... était occupé. »

La Cour de Cassation, dans une espèce analogue, où le charbon avait été considéré comme un accident du travail par la Cour d'Orléans, a déclaré, *en principe*, que la loi de 1898 visait bien les affections pathologiques accidentelles prenant leur origine et leur cause dans un fait déterminé ne rentrant pas dans les conditions normales de l'exercice du travail.

D'après ces deux arrêts, il n'est pas difficile de voir dans quel sens la jurisprudence trancherait probablement les cas analogues qui sont soumis à son appréciation. Il semble que cette solution est celle qui est la mieux d'accord avec les données de la science médicale contemporaine.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'indépendance obligatoire des médecins sanitaires maritimes.

Nous avons, jadis, en publiant le Règlement de 1896, soutenu qu'il ne rendrait pas à la défense sanitaire de nos ports les services qu'ils devaient en attendre, et nous avons dit pourquoi. « Rien ne sera sérieusement garanti, affirmions nous, tant qu'on n'aura pas assuré la constitution complète, en corps indépendant, des médecins sanitaires embarqués. »

Et, de fait, le procès de l'état de choses actuel a été porté plusieurs fois depuis, et devant l'opinion, et devant l'Académie. De conclusions bien précises après les débats, il n'y en a pas eu, que nous sachions. Pourquoi ? Parce que l'habituelle joute oratoire évite le terrain d'où ces conclusions surgiraient toutes seules. Songez-y donc un peu, si on allait agir logiquement pour remédier au vice d'organisation, à quels intérêts puissants ne courrait-on pas le risque de se heurter !!

Il y faudra pourtant bien arriver. Et alors, pourquoi pas maintenant, puisque le grand Havrais n'est plus à la présidence pour faire valoir les intérêts des compagnies de navigation, comme quelques-uns semblaient le craindre jadis.

La question, en tout cas, est restée la même. Il convient de s'en rendre compte par l'exposé, fait, l'an dernier, en toute compétence dans l'un des numéros du *Bulletin médical*, par M. le Dr Borel, médecin sanitaire maritime, et, président honoraire de la Société de médecine sanitaire maritime de France, qui nous avait déjà entretenus de ces choses au Congrès de 1900 par la voix de son vice président, M. le Dr Fayol, et avait vu ses vœux approuvés à l'unanimité.

Notre confrère envisage le cas fréquent d'un navire arrivant d'un pays infecté ; c'est un accusé, un suspect, qui va passer devant un tribunal *où il y aurait des juges — à désigner — un ministère public représenté par le Directeur de la Santé et demandant l'application de la peine*, c'est-à-dire, du règlement, application qui serait accordée (détention dans les cas graves, surveillance dans la plupart des cas), mitigée ou refusée suivant les circonstances.

Mais dans ce tribunal d'une nouvelle sorte il reste deux rôles à distribuer : celui de l'avocat de l'accusé et celui de juge d'instruction : qui va les remplir ?

Actuellement, qui est et doit être l'avocat de l'accusé ? Le médecin sanitaire maritime embarqué à bord du navire incriminé. En effet, celui ci, payé par l'accusé, c'est-à-dire par la compagnie de navigation, propriétaire du navire en cause, doit à son client, en toutes circonstances, le secours de ses connaissances particulières. Enfermé dans les limites de ses devoirs, comme l'est l'avocat dans les bornes de ses règlements ; assermenté pour dire la vérité comme l'avocat, le médecin sanitaire maritime ne doit pas moins prêter à sa compagnie son concours le plus absolu, plaider les circonstances atténuantes, enfin essayer par tous les moyens licites d'obtenir, sinon un acquittement, tout au moins le minimum de la peine. Que dirait-on d'un avocat qui, se présentant devant un tribunal, s'écrierait de suite : mon client est coupable, voici les preuves à l'appui et je demande pour lui le maximum. Cet avocat ne recommencerait pas deux fois, car sa clientèle l'abandonnerait de suite. Ne voit-on pas couramment des avocats, au contraire, qui viennent de faire acquitter, par le secours seul de leur talent, des coupables sans excuses ; ces avocats ne sont-ils pas félicités alors par tout le monde, par le tribunal, par le ministère public lui-même ; ont-ils été obligés, pour obtenir ce résultat, d'enfreindre les règles étroites de leur ordre ? Non, et si enfin le chenapan qu'ils viennent de faire acquitter tue quelqu'un le jour même de sa libération, qui pensera à tenir les avocats responsables de ce nouveau crime ?

Ce rôle d'avocat de la Compagnie est actuellement — dans le nouveau procès — le rôle strict du médecin sanitaire maritime, et vous n'avez pas le doit de lui en attribuer un autre, parce que vous ne le payez pas : il tient du gouvernement — toujours comme l'avocat — un simple diplôme dont il se sert à sa guise pour gagner sa vie, et c'est son droit, pourvu qu'il s'en serve honnêtement.

Et cependant — ce rôle d'avocat — est-ce bien le rôle que doit avoir le médecin sanitaire maritime dans l'esprit de la législation actuelle ? Que non pas, et si je continue la même comparaison, je dirai que le médecin sanitaire doit être le juge d'instruction de ce procès, et qu'aucune autre personne ne peut le suppléer dans cette tâche

En effet, ce procès qui vient se dérouler devant cette juridiction, qui l'a instruit ? Où sont les documents, l'énoncé des faits qui seront la base de votre accusation, et, partant, d'un jugement rendu en pleine connaissance de cause ? Tout cela est entre les mains du médecin sanitaire maritime — c'est-à-dire de l'avocat — et ce n'est qu'à sa bonne foi que vous en devrez communication. Mais vous avouerez qu'il faut à ce médecin sanitaire maritime, à cet avocat, un singulier courage pour vous fournir gratuitement et de lui-même les éléments que vous allez utiliser pour punir — et quelquefois durement — son propre client, *c'est-à-dire celui qui le paie, et si ce client — en l'espèce une Compagnie de navigation — a ensuite un mouvement de mauvaise humeur contre celui qu'elle veut voir son avocat toujours fidèle, elle sera,*

je crois, excusable ; tout aussi bien que le médecin sanitaire maritime qui, sans toutefois falsifier les documents et les faits, cherchera toujours une explication plausible pour en atténuer la portée. Si vous êtes induits en erreur par ces explications, et s'il survient ensuite des conséquences graves — comme la contamination d'une ville — pourrez-vous rendre responsable du fait le médecin : pourquoi n'avez-vous pas tenu l'avocat pour responsable dans l'exemple précédent ?

Singulier procès que sera donc celui-là.

Mais combien les rôles seraient changés, combien la besogne serait simplifiée, si le médecin sanitaire maritime, au lieu du rôle d'avocat, se voyait attribuer celui du juge d'instruction. Il vous apporte, à la minute même de l'arrivée, une instruction toute préparée, des documents impartiaux, des faits énoncés dans la brutalité d'un procès-verbal précis. C'est alors seulement que vous prononceriez un jugement sûr, certains de ne pas avoir été trompés — comme dans le cas précédent — par le flux d'une éloquence rémunérée par l'accusé, ou par l'étalage de faits habilement groupés.

Mais pourquoi est-on certain de l'impartialité d'un juge d'instruction ? Parce qu'il appartient à un corps défini, qu'étant à la solde de l'État, il lui doit son temps et son travail. Et si ce juge consent à faire — au début de sa carrière — une besogne la plupart du temps obscure, c'est qu'il sait d'avance qu'un jour il pourra accéder au siège du ministère public ou s'asseoir sur le fauteuil d'un juge. Voilà tout le secret : votre juge d'instruction a un présent et un avenir, votre médecin sanitaire, au contraire, possède à peine le premier et redoute le second. Régularisez la situation de ce médecin sanitaire maritime, et vous aurez singulièrement simplifié — dans le sens désiré par les passagers — la besogne de tous les services sanitaires. Voici un navire qui arrive d'un pays infecté — c'est un accusé, un suspect — il n'est cependant pas forcément coupable, c'est-à-dire contaminé lui-même ; votre juge d'instruction — qui est à bord — a toutes les pièces en mains, il est seul à les connaître ; libre, il peut juger en connaissance de cause et si, à l'arrivée, il conclut à la non-culpabilité du navire, il rendra de suite son ordonnance de non-lieu — c'est-à-dire donnera la libre pratique — et le tout n'aura pas demandé une minute. Dans un second cas, le juge d'instruction a des doutes, il a recours alors à ses confrères du service de terre, ce sera en quelque sorte la Chambre des mises en accusations qui se prononcera pour ou contre le renvoi devant le tribunal ; dans ce système, tout est garanti, et les intérêts généraux — c'est-à-dire la sécurité sanitaire — et les intérêts des Compagnies et enfin les intérêts particuliers des passagers qui, par leur groupement, deviennent eux-mêmes des intérêts généraux.

Mais qui sera alors l'avocat de la Compagnie devant le tribunal : ce sera son médecin en chef ; de même que dans les Compagnies de chemins de fer, un médecin en chef fait des contre-expertises lors des accidents ; de même dans les Compagnies de navigation, le chef du service médical — obligé d'être au courant des choses de police sanitaire — devra défendre sa Compagnie le cas échéant. Ce sera pour l'avenir des médecins sanitaires maritimes un nouveau débouché, et qui ne sera peut-être pas des moindres ni des moins lucratifs.

La nouvelle organisation, dont je viens de faire une esquisse rapide, a déjà été préconisée à plusieurs reprises ; l'Académie de médecine, les congrès internationaux d'hygiène et de médecine coloniale en ont fait l'objet de plusieurs de leurs vœux. Si donc cette réforme est considérée comme le seul moyen possible de modifier la police sanitaire maritime dans le sens large du mot, comment se fait-il qu'elle ne soit pas encore adoptée. Est-ce qu'elle rencontre des impossibilités commerciales, budgétaires ou administratives.

L'idée de cette indépendance des médecins sanitaires maritimes fut proposée déjà, aux compagnies de navigation, à diverses reprises ; elles furent unanimes à la repousser de façon formelle ; on en a donc conclu qu'elles ne l'accepteraient jamais. Je crois que c'est là une erreur que l'on reconnaîtrait facilement en étudiant mieux la genèse de ce refus. Dans la plupart des compagnies de navigation, le service médical dépend de la direction du personnel et de la direction de l'armement ; dans quelques autres un médecin chef dirige le service. Les deux directions citées plus haut — dans toutes les compagnies — ont à leur tête d'anciens officiers de la marine de l'État ou de commerce. C'est donc à eux que forcément les administrations, siégeant à Paris, ont dû demander avis sur la réforme proposée. Inutile d'ajouter que ces directeurs consultés opposèrent un veto formel tant il *leur semblait monstrueux qu'une part, si minime qu'elle soit, de l'autorité des commandants — dont ils firent partie — leur fût retirée au profit d'un médecin*. C'est donc ce veto que les compagnies se bornèrent à transmettre, veto qui, en le considérant bien, a été, depuis quelques années, une cause de pertes énormes pour la navigation. Et je ne veux pour preuve de ce que j'avance que le fait suivant : la même réforme — indépendance du médecin — a été imposée à nos compagnies de navigation par des puissances étrangères et elle a été acceptée sans murmurer. Sur les côtes d'Amérique du Sud nos navires embarquent — et surtout paient très cher — des médecins-inspecteurs argentins absolument indépendants et qui, plus même, se considèrent comme des maîtres absolus à bord. Les transports d'émigrants sont obligés, eux aussi, par la loi italienne, de prendre, à Gênes ou à Naples, un médecin italien non moins indépendant. Pourquoi refuser au gouvernement français ce qui est si facilement accordé, par les compagnies, aux gouvernements étrangers ? C'est que, dans cette seconde affaire, ce furent les agents commerciaux à l'étranger et les directions commerciales en France qui furent consultés, la chose ne regardant qu'eux seuls ; ils ne virent — dans l'adoption de la réforme — que les intérêts matériels de leur compagnie, la plus grande prospérité de leur société et firent bon marché de l'autorité du capitaine, comme le font toujours les compagnies quand des intérêts pécuniaires sont en jeu.

Somme toute, je crois que la question fut mal posée dès le début et que d'explications plus nettes et plus précises entre l'administration française et les compagnies, il résulterait rapidement une entente qui se terminerait par l'*indépendance du médecin sanitaire maritime*, indépendance souhaitable pour les intérêts des deux parties et qui, d'ailleurs — il faut le dire — existe déjà à peu près en fait dans les *bonnes compagnies*.

Le principe étant admis par ces Compagnies de navigation, est-ce qu'il y a d'autres obstacles à vaincre ? *Un nouveau corps est créé, il faut le payer*. Ici se présentent trois modes : solde de l'État, solde des Compagnies, solde mixte.

Le service sanitaire — en France comme partout — a des ressources qui proviennent de droits perçus sur la navigation. Ces fonds sont-ils affectés exclusivement au fonctionnement de ce service, ou une partie est-elle détournée de son but primitif ? Ce sont là questions administratives difficiles à connaître ; mais, en principe, on ne peut — et pour aucun motif — employer une partie de ces droits pour un autre service que le service sanitaire maritime. En effet, l'ensemble de ces droits représente une sorte de fonds d'assistance publique internationale, alimenté d'ailleurs, en grande partie, par la navigation étrangère. Nous devons donc respecter sa destination primitive, et l'utiliser pour augmenter notre matériel de défense sanitaire, d'hospitalisation des contaminés, en un mot à maintenir en état parfait — pour notre part — ce qui constitue une portion de la défense sanitaire de l'Europe. Mais si nous sommes tenus à maintenir cette défense, les moyens en sont laissés à notre choix, et si, au lieu

d'entretenir de coûteux lazarets ou des services sanitaires ne répondant plus aux nécessités actuelles, nous préférons substituer des médecins sanitaires maritimes indépendants, par exemple, nous avons le droit et le devoir de consacrer à leur solde une partie de nos recettes.

En second lieu, les Compagnies de navigation sacrifient chaque année, à la solde de leur service médical, une somme qui n'est pas inférieure à 700 000 francs. Si donc l'Etat ne peut assumer une nouvelle charge — dans le cas où le fonds sanitaire serait déjà absorbé en entier par d'autres besoins sanitaires — il y aurait dans cette somme, versée par les Compagnies à l'Etat, une recette suffisante pour assurer la solde des médecins embarqués qui ne seraient plus que les débutants du service.

Enfin — et en troisième lieu — un mode mixte pourrait intervenir, c'est à dire que l'Etat, sur le fonds sanitaire, attribuerait aux médecins une certaine solde, tout en demandant aux Compagnies de reconnaître les services rendus par ces derniers à bord, en contribuant pour une part à leur solde. Cette somme étant naturellement inférieure à celle actuellement déboursée par ces Compagnies, elles verraient donc dans la réforme une économie immédiate, économie devant laquelle leurs directions générales ne resteraient pas, certes, indifférentes.

Rencontre t-on des obstacles administratifs s'opposant à l'adoption de la réforme ? Oui, et c'est là le point délicat de la question. Le ministère qui, par ses services techniques, réclame l'urgence de la réforme, la fait repousser ou ajourner par une autre de ses directions. Expliquons-nous : l'hygiène, et par conséquent le service sanitaire maritime, dépend chez nous du ministère de l'intérieur, c'est-à-dire d'un ministère essentiellement politique.

Or, pour constituer le corps des médecins sanitaires maritimes, il faut leur trouver un avenir, leur créer une hiérarchie, la situation de médecins embarqués ne pouvant durer qu'un nombre limité d'années. Pour constituer cettte hiérarchie, il faudrait réserver aux seuls membres du nouveau corps un certain nombre de postes : médecins sanitaires dans les ports, directeurs de lazarets, directeurs de la santé, médecins de l'émigration, de l'inscription maritime, médecins sanitaires en Orient, etc., postes qui, tous ou presque tous, dépendent du ministère de l'intérieur. Mais si vous régularisez l'obtention de ces divers postes, si vous les attribuez aux seuls membres d'un corps déterminé, vous privez la direction politique de ce même ministère d'un certain nombre « de moyens de gouvernement, » ainsi qu'on est convenu d'appeler ces sortes de choses. Ce n'est un secret pour personne que, dans un certain nombre de ces nominations, le ministère s'est laissé guider par des raisons qui ne sont d'intérêt général qu'en ce qui concerne sa propre vitalité.

C'est là, je crois, le gros obstacle à la réalisation de la réforme. Elle se fera, néanmoins, un jour ou l'autre, elle « est dans l'air » en France et dans les autres pays de l'Europe : le premier d'entre eux qui l'imposera entraînera forcément les autres à sa suite, car il constituerait de la sorte un trop gros avantage au profit de son commerce personnel. Il serait à souhaiter que ce fût la France qui débutât; elle a toujours été l'initiatrice dans ces sortes de questions, il serait regrettable qu'elle se laissât dépasser dans leur application.

En tout cas la réforme est sortie maintenant du domaine de la discussion scientifique pure : proposée à plusieurs reprises devant l'Académie de médecine, elle paraît être la seule solution pratique du problème ; c'est donc devant une autre assemblée qu'il faut la porter maintenant. »

Je suis tout à fait de l'avis du Dr Jeanne, qui a écrit les premières lignes de ce Propos du jour : Très bien, l'article de notre confrère le Dr Borel : et très frais encore, malgré sa date de rédaction déjà éloignée, puisque rien n'est changé dans la situation des médecins sanitaires maritimes et qu'il en sera ainsi longtemps encore, tant que *marine* et *routine* formeront une rime valant son pesant de gourganes.

Mais, très à propos aussi, pendant qu'un nombre considérable de nos confrères sont à pied, sans solde, à Marseille, victimes de différends dans lesquels leurs propres intérêts sont complètement laissés de côté.

N'est-ce pas l'heure d'envisager un règlement qui garantirait au médecin sanitaire non embarqué une solde de subsistance ?

Mais ce sera encore le *collier*, d'où qu'il vienne! Et nous qui rêvons d'indépendance... Pauvres de nous !

Un vieux sanitaire maritime.

Les conférences médicales sur les accidents du travail.

Nous sommes heureux de communiquer à nos confrères deux lettres qui prouvent que partout les médecins organisent des conférences pour instruire les ouvriers de leurs droits et pour les empêcher d'être les dupes des mensonges et de l'intimidation éhontée employés par la plupart des Compagnies d'assurances, pour empêcher les blessés d'appeler en cas d'accident le médecin qui les soigne habituellement. En attendant que la Chambre et le Sénat se décident enfin à voter les sanctions nécessaires contre l'exploitation de l'ignorance des blessés, et que le Gouvernement, qui pourrait arrêter d'un geste ce scandale persistant et grandissant, agisse, ces conférences auront le plus salutaire effet.

Ces deux lettres montrent en outre que les médecins qui consacrent une partie de leur temps à défendre les blessés contre les Compagnies, sont largement récompensés par le suffrage universel qui les envoie de préférence siéger dans les Conseils généraux et municipaux.

La première lettre, celle de notre confrère de B..., est particulièrement instructive ; elle montre que les Compagnies d'assurances, si arrogantes lorsquelles se trouvent en face d'un médecin isolé et qu'elles croient pouvoir compter sur la sympathie de quelques magistrats, sont humbles et plates lorsque ce même médecin est devenu une autorité, précisément grâce à la lutte qu'il a soutenue contre ces Compagnies.

B....., 21 juillet 1904.

Cher et honoré confrère,

Au milieu des luttes pour la vie et des luttes électorales du mois de mai dernier au 31 juillet prochain, un médecin est bien occupé et peu apte à s'occuper de ses intérêts personnels. Dans un moment de répit, je vous écris pour vous informer que quelques Compagnies qui me tiraient à boulet rouge et que j'avais combattues avec la dernière énergie, viennent de baisser pavillon après les dernières élections municipales du 1er mai. (Elu conseillier municipal de B..... au premier tour de scrutin, avec une grosse majorité et élu le quatrième sur cinq listes et quatre-vingt-six candidats....) Dès le lendemain, les agents des Compagnies d'assurances ont complètement changé de ton et toutes les affaires en litige ont été réglées sans aucune réduction, en maintenant mes prix personnels. Inutile de vous dire que je resterai plus que jamais l'ami des ouvriers contre les compagnies, et dès que la nouvelle loi que le Sénat discute avec tant de partialité pour nous, aura effet légal, je me propose de faire une confé-

rence que mon titre de fonctionnaire municipal m'autorise d'organiser avec succès.....

Bien à vous. Dr H. G.

Montmorency, le 19 Juillet 1903.

Mon Cher Confrère,

J'ai l'intention de faire aux ouvriers de Montmorency une conférence sur la loi sur les Accidents du travail au point de vue médical ; or, je me rappelle que vous-même vous avez traité ce sujet, et que votre conférence a eu un grand retentissement. Je crois même que votre conférence a été publiée de façon à faciliter la propagation des bonnes idées qu'elle contient. Pourriez-vous m'en envoyer un exemplaire, je vous en serais très reconnaissant.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr A. D..., *adjoint au Maire*.

Ajoutons qu'à la demande des Syndicats ouvriers de Saint-Germain-en-Laye et de Bagnolet, le Dr Diverneresse fera en octobre, dans ces deux localités, des conférences auxquelles sont priés d'assister les députés, sénateurs et conseillers du département. Dans ces conférences, il ne suffit pas d'instruire les blessés de leurs droits. Il faut aussi leur apprendre à les défendre et à surveiller l'application de la loi ; à rechercher si dans la région quelques agents de Compagnies ne cherchent pas à intimider greffiers, juges de paix et même Juges, en essayant de leur faire croire que les directeurs des Compagnies ont été assez puissants pour faire déplacer des magistrats qui ne leur étaient pas sympathiques ; s'il n'y a pas de greffiers remplissant par hasard les fonctions d'agents de Compagnies ; si toutes les pièces des enquêtes sont bien délivrées gratuitement et conformément aux circulaires ministérielles. Il faut leur prouver que dans l'intérêt général, médecins et ouvriers doivent signaler toute irrégularité à la grande presse et à la presse locale.

Parfois des agents de Compagnies arrivent à l'audience avec des conclusions et des consultations juridiques qui leur ont été envoyées de Paris par les bureaux du contentieux des Compagnies. Si les Juges se laissaient influencer par ces consultations ronflantes, ou les acceptaient pour s'éviter la rédaction d'un jugement qui demande parfois un travail fatigant, on peut expliquer aux organisations ouvrières qu'il faudrait soumettre ces jugements à l'appréciation de plusieurs avocats, demander une consultation juridique, et la publier à côté du jugement dans les journaux de la région.

On collectionnera ces jugements et lorsqu'on en possèdera plusieurs de la sorte, on pourra adresser, soit au Ministre de la Justice, soit à la Chambre des Députés, une pétition tendant à obtenir que le Tribunal soit composé de juges plus compétents, en attendant, qu'en France, comme à l'exemple des autres pays, il y ait des Tribunaux spéciaux et des experts techniques où serait représenté l'élément ouvrier. Il faut aussi étudier la question des expertises médicales. On se demande pourquoi les agents des Compagnies et certains Juges ont toujours à la bouche le nom de certains médecins, alors qu'en matières d'accidents du travail, il faudrait toujours avoir recours à des chirurgiens.

Enfin, il y a des rapports médicaux qui étonnent par leurs conclusions. Il faudra, pour ces rapports comme pour certains jugements, soumettre le rapport et le malade à l'examen de chirurgiens autorisés et indépendants, et, au besoin publier dans les journaux le rapport et la critique. Du reste, il faut que les blessés demandent que la loi oblige le juge à ordonner une contre-expertise par un chirurgien chaque fois que le blessé muni de trois certificats médicaux contraires aux conclusions de l'expert, s'offrira à déposer la somme de cinquante francs pour couvrir les frais de la contre-expertise.

Enfin, il ne suffit pas que la loi accorde au blessé le droit de choisir son médecin, il faut encore qu'on lui donne les armes nécessaires pour défendre ce droit contre ceux qui le menacent de lui faire perdre son gagne-pain s'il ne prend pas le médecin désigné par le patron.

Lorsque les compagnies ont demandé que le blessé puisse être visité par le médecin de la Compagnie, la Chambre et le Sénat leur ont accordé ce droit. Mais les compagnies ne se sont pas contentées de cela, elles ont demandé une sanction contre les blessés qui refuseraient de se soumettre à ce contrôle, et le Sénat s'est empressé de décider au paragraphe 5 de l'article 4 que « Tout « blessé qui refuserait ce contrôle verrait son in« demnité de demi-salaire suspendue. »

Pourquoi ne donnerait-on pas les mêmes garanties aux ouvriers ! Il faut donc que le paragraphe 2 de l'article 4, qui accorde aux blessés le libre choix d'un médecin, soit immédiatement suivi, comme le paragraphe 5, d'une sanction et qu'on ajoute « Quiconque aura, par menaces ou « autres moyens, entravé le libre choix du blessé « sera passible de poursuites qui pourront être « exercées soit par le ministère public, soit direc« tement par les intéressés, médecins ou bles« sés. »

Toutes ces questions doivent être traitées dans des conférences faites aux ouvriers, où l'on tâchera d'amener les députés, les sénateurs et tous les conseillers. La saison des vacances est propice à ces réunions, et nous espérons qu'avant la rentrée des Chambres, partout, les médecins auront fait de semblables conférences ; ils auront par là bien mérité de la classe ouvrière qui ne manquera pas de leur en témoigner leur reconnaissance.

Dr Ch. Diverneresse.

(*Bulletin de l'Union des syndicats.*)

CORRESPONDANCE

23 août 1904.

Le tarif ouvrier unique

Monsieur et très honoré Confrère,

Je me permets de solliciter de votre obligeance le service suivant.

Je corrige en ce moment les épreuves d'un livre, qui paraîtra chez Masson en octobre, intitulé : « *Guide pratique du médecin dans les accidents du travail, leurs suites médicales et judiciaires* ». Ce livre, fait en collaboration avec le Professeur Forgue, se termine par un chapitre sur les honoraires médicaux.

Ne pourriez-vous me communiquer le « *tarif minimum des syndicats médicaux* », que vous êtes en train d'élaborer ? Nous le donnerions *in extenso*, au lieu de donner les divers tarifs (Girondin, Parisien, Jeanne), dans la comparaison desquels les assureurs et magistrats (et le Sénat) trouvent tant d'arguments pour réduire les honoraires médicaux.

Notre livre ne paraissant qu'en octobre, votre tarif aurait été publié dans le *Concours*. Mais nous indiquerions, bien entendu, que nous le devons à votre bienveillante obligeance. *D'ici là, nous ne le communiquerons à personne.*

Mais cela presse. Si vous croyez que votre tarif minimum ne soit pas élaboré avant quelque temps, nous serons obligés d'en indiquer simplement la prochaine publication. Ce qui nous ennuierait beaucoup, puisque ce tarif définitif et unique aura force de loi pour tous les médecins et leurs créanciers.

Vous nous rendriez un service dont nous vous serions vivement reconnaissants, et en vous priant d'agréer à l'avance nos remerciements, nous vous prions, Monsieur et très distingué Confrère, de croire à nos sentiments les meilleurs et les plus dévoués,

E. JEANBREAU,

La Preste (Pyrénées-Orientales).

N.D.L.R. — Si nos confrères veulent répondre rapidement, le Tarif unique sera rédigé vers le 15 septembre.

JURISPRUDENCE MEDICALE

Le contrat de cession de clientèle médicale.

Nous empruntons au *Temps* du 28 juillet 1904 les renseignements suivants au sujet d'une question fort intéressante et longtemps controversée :

La jurisprudence est arrivée, peu à peu, à se fixer d'une façon assez précise sur la question si souvent discutée de savoir si la cession d'une clientèle médicale peut faire l'objet d'une convention licite.

En principe, la cession de clientèle est déclarée nulle, lorsqu'elle est pure et simple, et qu'à défaut de détermination d'autres avantages, elle paraît n'avoir pour objet que la confiance et la fidélité qui rattachent les malades au médecin, c'est-à-dire des sentiments qui sont hors du commerce.

Mais la cession de clientèle, même ainsi qualifiée dans l'acte, est reconnue valable, lorsqu'elle porte en même temps sur d'autres objets ou avantages dont le cessionnaire peut réellement tirer profit, comme si, par exemple, la convention opère vente du mobilier personnel et professionnel, des instruments et livres de médecine, et si le cédant s'engage à présenter son successeur à la clientèle, par démarches personnelles ou par circulaires, à lui céder le bail de son appartement et à ne pas s'établir à nouveau dans un rayon déterminé, pour éviter de lui faire concurrence.

La cession de ces divers éléments donne à la cession de la clientèle un caractère pratique, qui la rend licite.

Mais la question vient de se poser sous une forme nouvelle et particulièrement intéressante.

Il s'agissait de savoir si la cession de clientèle, qui est faite dans des termes qui la rendraient valable si elle était réalisée par le médecin en exercice, est également valable lorsqu'elle est faite, non point par le médecin lui-même, mais par sa veuve ou ses héritiers.

Le procès était intenté au docteur R... par la veuve et l'enfant du docteur L... Mme veuve L... avait cédé au docteur R.. la clientèle de son défunt mari, sous la forme régulière de cession de location, vente de meubles, livres et instruments de médecine, droit de se dire seul le successeur du médecin décédé, et engagement de présenter le nouveau docteur à la clientèle, avec toute la publicité d'usage. Après signature du contrat, le docteur R.. s'était refusé à l'exécuter, parce qu'il avait trouvé l'occasion meilleure d'aller s'établir dans une petite ville de Bretagne, et, en réponse à la demande de dommages-intérêts que Mme veuve L... avait introduite contre lui pour inexécution des conventions, il excipait de la nullité du contrat de cession de clientèle qu'il avait passé avec elle.

Faisant droit à ce moyen de défense, le tribunal civil de Saint-Brieuc avait déclaré nulle la cession dont il s'agit, par cette considération que les principaux éléments d'une cession de clientèle, tels que recommandations et présentations du nouveau médecin, ne paraissent susceptibles d'être utilement réalisés que par le cédant lui-même.

Mais la Cour d'appel de Rennes a réformé cette décision et, validant la convention litigieuse, elle a alloué à Mme veuve L... les dommages intérêts qu'elle réclamait. Son arrêt porte que la cession de clientèle, qui comprend vente de mobilier, cession de location, engagement de présenter le successeur à la clientèle, etc., opère transmission de biens et avantages négociables, et que ces divers éléments, qui faisaient partie du patrimoine du médecin défunt, peuvent être valablement cédés par la veuve et les héritiers qui succèdent à ce patrimoine.

Me Louis Rachou, du barreau de Paris, plaidait pour Mme veuve L.. et son enfant.

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MEDECINE

Du rôle de la presse politique en matière d'exercice illégal. Ce rôle est formidable et c'est là surtout qu'il faudra frapper si l'on veut obtenir quelques résultats pratiques.

La presse est la grande pourvoyeuse d'illégal exercice de la médecine, c'est là, à mon avis qu'est tout le mal dont nous souffrons. Il y aurait un petit règlement ou article de loi à faire ou à proposer.

« Toute réclame médicale dans les journaux (non professionnels) est interdite.»

« Est interdite également toute annonce de médicaments guérisseurs de toutes maladies ; toute réclame pour institut médical, ceintures, bandages, reconstituants. » « Est interdite toute annonce portant une signature de docteur, docteur n'existant pas ; cela considéré comme un faux. »

On peut modifier, élaguer ou préciser, mais je crois que c'est dans cet ordre d'idées qu'il faudrait essayer de légiférer.

Mettons en application ces interdictions et vous verrez le beau charivari qui retentira dans la presse, cette quatrième puissance, à laquelle vous enlèverez le plus clair de son profit. Songez que la réclame pharmaceutique et médicale submerge toute autre. Une annonce en deuxième page, et elles sont fort fréquentes, rapporte gros au journal. J'ai compté dans un même numéro de journal jusqu'à dix-huit annonces médicales et deux d'entre elles tenaient entièrement la huitième page du journal. Il y a là une question d'argent très grosse, et je crains bien qu'elle ne prime tout. Ce n'est pas une raison pour ne pas tenter d'endiguer le flot montant du charlatanisme.

Dr DIEUPART.

(in *Guide médical*).

La Société médicale du Ve arrondissement est d'avis que tout conseil médical inséré dans les journaux politiques sous un pseudonyme précédé du titre « Docteur » constitue un cas d'exercice illégal de la médecine d'autant plus grave qu'il s'adresse à un plus grand nombre de personnes et peut être poursuivi devant les tribunaux.

REPORTAGE MÉDICAL

Les Sorciers du Berry. — Le jury du Cher s'est prononcé récemment sur une curieuse affaire née de la terreur qu'inspire encore, dans les campagnes du Berry, le pouvoir des sorciers. Pierre Mérot, maçon, demeurant à Saint-Georges-sur-Moulon, se croyait depuis un certain temps en butte aux persécutions d'Anatole Ganet, auquel il attribuait un pouvoir de sorcier. Ce dernier, loin de combattre cette croyance, abusait par ses plaisanteries de la simplicité de Mérot. C'est ainsi que, le 10 avril dernier, vers six heures du matin, l'ayant rencontré dans un chemin, il lui dit : « Tu n'es donc pas mort ? « Exaspéré par ce propos et voulant en finir avec les sorts que lui jetait le prétendu sorcier, Mérot se précipita sur lui et lui porta un coup d'une violence telle que Ganet succomba dans la soirée.

Avant d'en arriver à cette extrémité, le meurtrier avait supplié son curé de l'exorciser et, sur le refus de ce dernier, s'était adressé à des missionnaires de passage dans le pays qui s'étaient également récusés.

Sur demande du président, le conseiller Choppy, au sujet des actes commis par Ganet à son égard, Mérot répond :

R. Il m'interpellait, frappait à ma porte. Une nuit, au lit, j'étais prêt à cracher ; du dehors, à travers ma porte, il me dit de cracher à droite ; or, il ne m'avait pas vu, et ne pouvait savoir si j'allais cracher, sans être sorcier. A plusieurs reprises, il m'a donné la colique ; deux fois, il m'a frappé de paralysie.

D. Etes-vous bien sûr que c'est lui qui vous a donné ces maux ?

R. Oui, puisqu'il me les annonçait à l'avance. D'ailleurs, il en a ensorcelé bien d'autres.

D. Comment opérait-il ?

R. Par des frottements, par des signes et plusieurs autres manières.

D. Enfin, vous croyez ce que vous dites.

R. Monsieur, il fut un temps où je plaisantais la croyance aux sorciers mais depuis j'ai changé d'avis. D'ailleurs, demandez aux habitants de St-Martin ce qu'ils en pensent.

Les témoins appelés à déposer semblent d'ailleurs abonder dans le sens des dires de Mérot et déclarent qu'ils ne croient « pas trop » aux sorciers, mais que cependant « il ne faut pas dire *non* ».

Le jury, malgré le réquisitoire de l'avocat général Kuntz, demandant la condamnation de Mérot, a acquitté le meurtrier du « sorcier ». Les jurés ont pensé, comme les témoins, qu'il n'y avait pas lieu de « trop croire » aux sorciers, mais que cependant « il ne fallait pas dire *non* ».

(*Gazette médicale de Paris.*)

Une laparotomie exploratrice en 1474. — Au mois de janvier 1474, les médecins et chirurgiens de Paris représentèrent à Louis XI que plusieurs personnes de considération « étaient travaillées de la pierre, colique, passion et mal de côté, qu'il serait très utile d'examiner l'endroit où s'engendraient ces maladies ; qu'on ne pouvait mieux s'éclairer qu'en opérant sur un homme vivant, et qu'ainsi ils demandaient qu'on leur livrât un Franc-Archer qui venait d'être condamné à être pendu pour vol, et qui avait été souvent fort molesté desdits maux ». On leur accorda leur demande, et cette opération, qui est, je crois, la première qu'on ait faite pour la pierre, se fit publiquement dans le cimetière de l'Eglise Saint-Séverin. Après qu'on eut examiné et travaillé, ajoute la chronique, on remit les entrailles dans le corps dudit franc-archer, qui fut recousu, et, par l'ordonnance du Roi, très bien pansé, et tellement qu'en quinze jours il fut guéri, et eut rémission de ses crimes sans depens, et il lui fut même donné de l'argent. »

Le cours des événements de la vie est quelquefois bien singulier ; il fallait que ce misérable, pour être guéri de la pierre, fût condamné à être pendu, mais croira-t-on que, dans ce temps-là, s'il l'avait été, son cadavre serait devenu comme un dépôt précieux de la mort, auquel les chirurgiens n'auraient pas osé toucher ? La dissection du corps humain passait pour un sacrilège au commencement du règne de François Ier, et l'empereur Charles Quint fit consulter les théologiens de Salamanque pour savoir si l'on pouvait en conscience disséquer un corps afin d'en connaître la structure.

Sur la porte de l'amphithéâtre anatomique de Toulouse, on lit ce vers :

« Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitæ. »

« Ici la mort se plaît à secourir la vie. »

(*France Médicale.*)

Empoisonnements par des gâteaux. — On se rappelle les empoisonnements occasionnés par des gâteaux qui, il y a deux ans, causèrent des deuils dans notre ville.

Pareil fait vient de se produire à Andernos.

Dimanche, de nombreux habitants de la localité firent des achats de gâteaux à la crème chez un pâtissier de la commune. Quelques heures après, ceux qui en avaient mangé furent pris de violentes coliques et de vomissements. Une jeune enfant de quatorze ans rendait, dans la nuit, le dernier soupir.

Une trentaine de malades sont soignés par des médecins appelés auprès d'eux ; à moins de complications que l'on ne prévoit pas, on pense que l'on n'aura pas de nouveaux décès à enregistrer.

Le procès-verbal dressé par la gendarmerie d'Arès est parvenu au parquet. M. le Procureur de la République a aussitôt requis M. le Juge d'instruction Rochoux d'ouvrir une information.

Nous croyons savoir que M. le Dr Lande, médecin légiste, doit se rendre à Andernos pour examiner les malades et procéder à l'autopsie du corps de la jeune fille.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Socialisation de la médecine. — Le conseil de la ville de Zurich, s'il faut en croire l'*Humanité* du 1er août, s'est mis en tête d'imposer la santé à tous ses mandants. Pour cela, il a commencé par leur appliquer un impôt supplémentaire de 4 fr. 35. La somme constituée ainsi permettra de créer quarante postes de médecins qui soigneront gratuitement. C'est là une garantie contre l'indifférence, la négligence et l'avarice des gens qui voudraient traiter les maladies par le mépris. Chez nous, il a été longtemps question d'instituer dans les communes éloignées des centres des postes de médecins municipaux. Car les médecins, craignant de ne pas gagner leur vie dans les agglomérations peu nombreuses, s'entassent dans les villes. D'un côté, on constate une pléthore, et de l'autre une pénurie. La loi de 1902 sur la santé publique, simple essai de législation qu'il faudra compléter bientôt, n'a pu envisager cet état de choses.

1er Congrès International d'assainissement et de salubrité de l'Habitation (Paris, octobre 1904.) — La Société Française d'Hygiène a pris l'initiative d'un Congrès d'Assainissement et de Salubrité de l'habitation qui se réunira à Paris du 15 au 20 octobre prochain. Les communications et demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général du Congrès, M. F. Marié-Davy, 17, rue Brézin, Paris (14e Arrond.).

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY,

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un exemple à suivre dans les petits hôpitaux.

Les documents ci-dessous méritent bien l'honneur de notre première page, et, une fois de plus, celui qui nous les envoie, M. le Dr Jules Armand, d'Albertville, a droit aux félicitations de tous, car il est de ceux qui se dépensent toujours sans compter pour des *actes* de défense professionnelle, quand beaucoup d'autres se payent si facilement de *paroles*.

Mon cher confrère,

Je vous envoie une information concernant l'hôpital d'Albertville. Je pense qu'elle vous intéressera et pourra intéresser les lecteurs du *Concours*, surtout en raison de la délibération prise par la Commission administrative et qui a été approuvée par le ministre.

Albertville possède un petit hôpital de quelques salles — renfermant chacune cinq à six lits — et de quelques chambres particulières.

Les médecins, à tour de rôle, sont chargés pour une année, d'assurer le service médical pour les assistés. Les malades payants choisissent leur médecin. Le traitement du médecin de l'hôpital est de 500 francs

La Commission des hospices, avait, il y a trois ans, décidé que le médecin titulaire du service, c'est-à-dire chacun de nous à tour de rôle, ne pourrait pas recevoir d'honoraires des malades payants. Les autres médecins conservaient le droit de soigner leurs clients payants et d'en recevoir des honoraires.

Telle était la situation à la fin de l'année 1903. Je suis arrivé à obtenir de la Commission des hospices un retour aux habitudes anciennes. La délibération que je vous soumets en fait foi — et cette délibération a reçu l'approbation préfectorale et ministérielle, c'est là son grand mérite. Des concessions ont dû être faites, mais notre tarif d'assistance est convenable.

Ainsi donc, dans notre ville — et je ne crois pas que les médecins puissent souhaiter mieux — chaque médecin est médecin de l'hôpital à son tour. Chaque médecin soigne ses malades payants, comme si ces malades étaient dans une clinique particulière.

Et cette organisation a reçu l'approbation ministérielle dans des termes qui, à ma connaissance n'ont jamais été précisés aussi formellement.

Veuillez agréer, etc. Dr J. ARMAND.
(Albertville.)

Ensuite d'observations présentées par M. le docteur Armand, médecin en chef des Hospices.

La Commission administrative,

Considérant qu'aux termes d'une délibération antérieure, le médecin de l'Hospice est tenu de donner ses soins gratuits non seulement aux malades indigents et de l'assistance médicale gratuite, aux vieillards et infirmes pensionnaires de l'établissement, ce qui est tout naturel, mais encore aux malades payants traités à leurs frais, aux frais de leurs familles, de leurs patrons ou d'une Compagnie d'assurances ;

Que cette décision, prise ensuite de difficultés qui s'étaient produites, ne semble pas devoir être maintenue et demande à être modifiée.

Qu'en effet, les malades payants admis à l'Hospice ont le droit de choisir leur médecin et qu'il ne

paraît pas logique que le médecin de l'Hospice soit privé de ses honoraires pour les malades qui se confient à ses soins, alors que ces honoraires sont payés en plus du prix de journée, par les malades soignés par un autre médecin ;

Considérant, d'autre part, qu'aux termes d'une circulaire de la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique au Ministère de l'Intérieur, en date du 22 novembre 1902, les frais médicaux et pharmaceutiques, pour les malades hospitalisés à la suite d'accidents du travail régis par la loi de 1898 doivent être comptés à part du prix de journée, au tarif fixé par le règlement departemental sur l'assistance médicale gratuite, ou, à défaut, par les usages locaux.

Qu'il y a donc lieu, en tenant compte de certaines concessions indiquées par M. le docteur Armand lui-même, de modifier la réglementation actuelle à cet égard dans un sens plus équitable, plus rationnel et conforme aux instructions ministérielles ;

Adopte à l'unanimité des voix, pour être dès à présent mises en vigueur, les nouvelles dispositions suivantes :

« Le medecin de l'Hôpital est chargé de donner ses soins gratuits aux malades indigents, vieillards et infirmes de l'établissement, aux malades traités au compte de l'assistance médicale gratuite ainsi qu'aux malades payants de la commune d'Albertville dont l'aisance n'est pas notoire ;

Sont exceptés les blessés par accidents du travail et les malades payants des autres communes.

« Toutefois, les malades payants qui auront choisi comme médecin, le médecin de l'Hôpital, auront le droit de réclamer le tarif de l'assistance médicale gratuite du département de la Savoie.

Toute contestation au sujet des honoraires dus au médecin de l'Hospice sera tranchée souverainement par la Commission administrative des Hospices ».

Le registre est signé par tous les membres présents.

Pour extrait certifié conforme,

Albertville, le 12 août 1904,

Le maire :

CURSAT.

Sous-Préfecture d'ALBERTVILLE — Objet : Hospice d'ALBERTVILLE

Paris, le 20 avril 1904.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, à M. le Préfet de la Savoie.

Vous m'avez communiqué, le 23 mars dernier, une délibération par laquelle la Commission administrative des hospices d'Albertville demande à modifier la réglementation en vigueur dans cet établissement. Cette délibération est ainsi rédigée :

« Le médecin de l'hôpital est chargé de donner ses soins gratuits aux malades indigents, vieillards ou infirmes de l'établissement, aux malades traités au compte de l'assistance médicale gratuite, ainsi qu'aux malades payants de la commune d'Albertville, dont l'aisance n'est pas notoire. Sont exceptés les blessés par accidents du travail et les malades payants des autres communes.

« Toutefois, les malades payants, qui auront choisi comme médecin le médecin de l'hôpital, auront le droit de réclamer le tarif de l'assistance médicale gratuite du département de la Savoie. Toute contestation au sujet des honoraires dus au médecin de l'hospice sera tranchée souverainement par la Commission administrative des hospices. »

J'ai l'honneur de vous faire connaître que cette délibération me paraît avoir été prise valablement et régulièrement, et j'estime qu'il y a lieu, pour votre administration, de l'approuver.

En ce qui concerne les malades hospitalisés à la suite d'accidents du travail régis par la loi du 9 avril 1898, j'ai, par circulaire du 22 novembre 1902, adopté les conclusions de la résolution votée par le Conseil supérieur de l'assistance publique, le 12 juin de la même année et aux termes desquelles : les hôpitaux percevront dans leurs recettes générales pour frais de traitement : 1° un prix de journée d'entretien arrêté annuellement par le Préfet à raison de la dépense réelle et excluant les frais médicaux et pharmaceutiques ; 2° les frais médicaux et pharmaceutiques au tarif fixé par le règlement départemental sur l'assistance médicale gratuite ou, à défaut, par les usages locaux.

Plus spécialement, à l'égard des malades payants proprement dits, il paraît rationnel d'exiger, en sus

---

FEUILLETON

Vulgarisation officielle.

Tout ce qui vient de l'Etat ou des municipalités possède un prestige exceptionnel pour les gens simples, surtout pour les campagnards qui admettent encore le principe d'autorité et s'inclinent devant ses arrêts. — C'est pour cela que je voudrais que les pouvoirs publics usent davantage de leur influence pour apprendre aux intéressés les notions essentielles d'hygiène, pour vulgariser les éléments principaux de la prophylaxie urbaine et rurale. — Il serait à désirer que, chaque fois qu'un contribuable quelconque est mis en contact avec les représentants du gouvernement, soit pour ses affaires, soit pour les actes de l'etat civil, mariage, déclaration de naissance ou de décès, tirage au sort, révision, etc.., il lui fût remis une notice ou simplement un imprimé d'une ou deux pages, l'avertissant des dangers qui le menacent, lui indiquant les moyens de bien se porter et de se conserver en bon état de santé.

Bien plus : si on pouvait utiliser les billets de banque pour le même objet, y introduire des vignettes instructives à la place d'allégories incomprehensibles pour le plus grand nombre, ou bien quelques phrases très courtes ayant trait à la tuberculose, à l'alcoolisme, etc..., l'attention de ceux qui touchent le papier fiduciaire en serait certainement captivée. — Celui-ci est examiné avec vénération, dans tous les sens et sur ses deux faces, même par le paysan illettré qui peut à peine admettre que quelques morceaux de vélin représentent l'équivalent de la vache qu'il vient de vendre. — Celui qui ne sait pas lire s'en ferait expliquer les textes par la forte tête du logis, par son fils de retour du régiment par exemple, ou par sa fille qui se distingue à l'école communale. L'enseignement aurait ainsi une portée multiple, qui s'étendrait à la famille, à l'entourage ; ce serait le sujet au moins momentané des conversations de la ferme, du village, pour le plus grand bien de ceux qui en font partie.

Des avertissements analogues pourraient aussi se retrouver sur les pièces de monnaie, fussent-elles de cuivre, d'argent ou d'or.

Il ne s'agit pas de hausser les épaules et de sourire ironiquement ; mon sujet n'a rien de subversif ni d'inepte ; il y a des idées plus baroques et mal accueillies au début qui ont fait quand même leur chemin et que chacun accepte aujourd'hui, sans y trouver à redire.

Il y a des notions qui demandent à être solidement martelées pour pouvoir pénétrer dans les cerveaux les plus obtus, les plus réfractaires au progrès. L'école et la caserne doivent préparer le terrain ; mais dans l'enfance on est trop insouciant pour prendre à la lettre les leçons, dont on ne sal-

du prix de journée, une somme supplémentaire pour rémunération des frais médicaux, notamment des frais d'opération. J'ajoute que cette partie de la recette, qui excède la dépense dont l'établissement doit toujours être couvert, paraît devoir appartenir aux praticiens, ceux-ci n'étant nullement tenus de soigner gratuitement des malades, qui ne sont pas indigents.

Pour le Ministre :
Le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques,
Signé : MONOD.

Pour copie conforme ;
Chambéry, le 23 avril 1904.
Pour le Préfet de la Savoie,
Le Secrétaire général :
Signé : GARIPUY.

L'hopital de Meulan vit, depuis plus de dix ans sous le même régime que celui d'Albertville. Nous n'avons jamais compris pourquoi ces organisations libérales, équitables, qui donnent satisfaction et résistent à toutes les épreuves, ne se généralisaient pas sous la poussée de solidarité imprimée au Corps-médical par les Syndicats. On ignore trop que cette rencontre quotidienne à l'hôpital crée et entretient plus que toute autre pratique les liens de confraternité cordiale et sincère.

Experto crede Roberto.

Dr H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'huile de cade.

Un des plus puissants agents employés par la thérapeutique dermatologique, c'est incontestablement l'huile de cade.

Dans la *Revue des Maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes* de M. le Dr Leredde, M L. PAUTRIER fait une étude résumée très pratique, de ce puissant goudron végétal :

L'huile de cade provient de la distillation du Juniperus oxycedrus, arbre de la famille des conifères. C'est un liquide brun noirâtre, oléagineux, dégageant une forte odeur résineuse, de saveur âcre, soluble dans la glycérine, saponifiable à l'aide de savon noir ou d'extrait de panama. L'huile de cade est un réducteur énergique, c'est-à-dire qu'elle excite la kératinisation, diminue la formation des squames, et agit contre les sensations prurigineuses.

Elle peut être employée dans tous les cas où le traitement réducteur trouve des indications, c'est-à-dire contre les eczémas arrivés à la période non inflammatoire, contre l'eczéma séborrhéique, le pityriasis rubra pilaire, l'intertrigo, lorsque le suintement a disparu, le lichen plan, etc. Mais l'indication de choix de l'huile de cade est encore le traitement du psoriasis. Le traitement classique de cette affection, à l'hôpital Saint-Louis, se fait par le glycérolé cadique. On peut mêler de 10 à 100 pour 100 d'huile de cade au glycérolé d'amidon, en saponifiant avec du savon noir et de l'essence de girofle, on prescrira par exemple.

Huile de cade pure..................	50 gr.
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre	10) gr.
Savon noir et ess. de girofle q. s. p. émulsionner.	

Ce traitement par le glycérolé cadique ne doit être fait, bien entendu, qu'après décapage préalable des plaques psoriasiques. Il convient surtout aux psoriasis très étendus et facilement irritables et qui ne pourraient être traités par l'acide chrysophanique, qui reste le médicament de choix des formes limitées.

Dans les psoriasis généralisés, M. Balzer a préconisé les bains à l'huile de cade qui se préparent de la façon suivante. On prescrit.

Huile de cade..........	100 gr.
Décoction de quillaya..	30 gr.
Jaune d'œuf...........	n° 1
Eau distillée..........	Q. S. pour 250 gr.

à mélanger dans un grand bain.

---

sit pas l'importance immédiate, et, durant le service militaire, on est trop à la merci de la fougue passionnelle, pour se défier suffisamment de Vénus et de Bacchus. — Ce n'est que plus tard, lorsque la sagesse et la réflexion succèdent aux entraînements de la vingtième année, qu'on songe à se prémunir contre les germes pathogènes et les erreurs de régime, contre les excès de toute nature, qui précipitent notre déchéance et compromettent la race.

On se rappellera d'autant mieux les enseignements entendus précédemment d'une oreille distraite qu'une voix plus autorisée, plus imposante, se fera entendre dans toutes les circonstances importantes de la vie, pour signaler derechef les écueils à éviter.

C'est parce que Jean-Jacques a dit aux mères, avec une ténacité et une éloquence que rien ne devait désarmer, qu'elles devaient nourrir leurs enfants, que les jeunes femmes se sont décidées à donner deux fois la vie aux fruits de leurs entrailles et que les peintres de l'époque, comme les Primitifs pour la Vierge et l'Enfant-Dieu, ont représenté les plus belles dames donnant le sein à un nourrisson.

Le même Rousseau, dont l'âme renferma tant de misères et de grandeurs, ne cessait de répéter : Les hommes sont nés bons et heureux; c'est la société qui les a rendus malheureux et méchants; ils retrouveront le bonheur en retournant à la nature. Alors les reines se firent bergères, les ministres philosophes, les législateurs proclamèrent les droits de l'homme et le monde fut remué et transformé de fond en comble.

Malgré l'inquisition et les menaces, Galilée était parvenu autrefois à imposer sa conviction sur les mouvements de notre globe. De nos jours, notre grand Pasteur n'est parvenu qu'à la longue à lasser ses détracteurs et à faire triompher les théories microbiennes qui ont révolutionné la science

Inutile de multiplier les exemples; l'effort persévérant est nécessaire pour faire éclater la vérité, et les combattants des meilleures causes n'arrivent à la victoire qu'après de généreux efforts et de vaillants sacrifices.

Il faut encourager tout ce qui peut contribuer d'une façon efficace à la protection de la santé publique. C'est le vœu de toutes les sociétés de prophylaxie et c'est avec raison que le docteur Cazalis a réclamé, lui aussi, comme je l'indique plus haut, qu'on ajoute au livret du soldat des instructions très claires et très précises, le renseignant sur les dangers de la tuberculose, de l'alcoolisme et des maladies vénériennes, pour lui d'abord, et, plus tard, pour sa femme et pour ses enfants.

Une notice, révélant des notions trop ignorées de physiologie, de pathologie et d'hygiène, pourrait aussi être distribuée avec le livret de mariage aux jeunes époux ou à leurs parents.

La solution est proche, puisque le docteur Jullien a été chargé, récemment, de la rédaction d'un petit

★

Dans le traitement des diverses affections pour lesquelles on a recours à l'huile de cade, on peut prescrire celle-ci soit sous forme de glycérolé, soit sous forme de pommade, du type suivant par exemple :

Huile de cade..........	aa — 10 gr.
Lainine................	
Vaseline...............	

on peut aussi l'associer à l'un des autres médicaments réducteurs : résorcine, acide salicylique, etc...

Sabouraud, qui prescrit très fréquemment l'huile de cade dans le traitement des différentes formes de pityriasis, emploie souvent des émulsions cadiques telles que celle-ci :

Huile de cade............	2 gr.
Teinture de quillaya......	20 gr.
Eau chaude...............	75 gr.

ou encore :

Huile de cade............	6 gr.
Teinture de quillaya.......	60 gr.
Alcool à 60°..............	220 gr.

Enfin on peut également employer l'huile de cade pure, en badigeonnages.

Si l'huile de cade se comporte comme un agent réducteur de premier ordre, il faut convenir qu'elle possède également des inconvénients nombreux, dont le plus grave est l'apparition possible de folliculites, de véritable acné cadique, sur les points traités. D'autre part, son odeur extrêmement pénétrante et empyreumatique rend souvent son emploi difficile. On a pourtant cherché à parer à cet inconvénient et l'on trouve aujourd'hui chez les bons pharmaciens de spécialités dermatologiques des huiles de cade désodorisées par distillation au bain de sable à 300 degrés. Ces huiles ne paraissent pas avoir perdu leurs propriétés médicamenteuses.

Les spasmes de l'intestin d'origine génitale chez la femme.

Tous les gynécologistes connaissent la fréquence des complications intestinales chez les femmes atteintes de métrites, métro-salpingites ou ovarites. Toutefois, la véritable cause de bien des affections intestinales des femmes, est fréquemment oubliée et même ignorée. Il y a cependant là une corrélation très nette, qui, pour MM. Dalché et Laborde, est de nature spasmodique. Le spasme intestinal amène la constipation opiniâtre, pouvant aller jusqu'à l'occlusion intestinale ou simplement jusqu'à l'apparence de tumeurs abdominales. Cette constipation peut céder brusquement ; des crises de diarrhée succèdent à des phases de constipation, selon que l'intestin est spasmodé ou non. Il peut y avoir, en même temps, entérite glaireuse ou muco-membraneuse. Le terrain sur lequel évoluent ces spasmes intestinaux est toujours le même ; c'est un terrain névropathe et arthritique, autrement dit, un terrain neuro-arthritique.

Ces malades sont des femmes éminemment excitables ; ce sont aussi des congestives.

Chez ces malades, non seulement toutes les lésions de l'utérus et de ses annexes, mais aussi les simples troubles de la menstruation peuvent amener des spasmes intestinaux.

C'est ainsi qu'ils se manifestent avec une grande fréquence à la puberté comme à la ménopause, périodes de la vie génitale où l'auto-intoxication par défaut d'épuration ovarienne est le plus manifeste, comme aussi au cours d'une aménorrhée accidentelle.

On les voit enfin compléter une crise de dysménorrhée, ou accompagner une ménorrhagie congestive, céder en même temps qu'apparaît l'écoulement sanguin ou au bout du premier jour des règles, en même temps qu'une diarrhée bienfaisante succède à la constipation habituelle, comme si l'organisme voulait éliminer ses toxines par toutes les voies.

---

manuel préparatoire à la nuit de noces, où seront formulés les préceptes de la prophylaxie contre la blennorrhagie et la syphilis.

C'est dans toutes les mairies de France, comme cela se fait déjà à Paris, qu'il conviendrait de délivrer à chaque personne déclarant la naissance d'un enfant, un petit guide sur l'hygiène et l'alimentation des nouveau-nés.

La Société de prophylaxie sanitaire et morale a consacré par un vote l'obligation, pour tout fiancé honnête, de se soumettre, avant le mariage, à un examen médical. C'est une mesure que j'ai proposée, il y a plus de 20 ans ; elle finira, je l'espère, par s'imposer, sous le patronage de l'Académie de médecine, devenue un véritable Comité de salut public .... bienfaisant, et avec la sanction des pouvoirs publics.

Je forme le même vœu pour qu'on multiplie les jardins autour des habitations ouvrières, pour qu'on réponde, avec une sympathie déférente, à ce besoin d'espace, d'émanations agrestes, qui, faute de mieux, pousse le travailleur endimanché, en compagnie de sa marmaille anémique, vers la banlieue parisienne et les talus gazonnés des fortifications. « Peu de gens, a dit M. Roussel-Despierres (*L'Idéal esthétique*, p. 145), savent quelles leçons de douceur contient la vie si fragile des fleurs et de combien de joies elles paient notre tendresse.

« Les paysans aiment la terre, qui est pour eux comme une part de leur chair, et la splendeur de la nature ne leur échappe pas toujours. Ils abandonnent pourtant les champs, attirés par la meurtrière activité des villes. L'amour de l'air libre et des grands horizons doit les ramener à la saine nature. C'est aux paysans surtout qu'il faut en enseigner le culte, la faire admirer, dans son immensité, dans sa petitesse, depuis l'étoile jusqu'à l'aubépine des haies ; elle sera alors pour eux une joie perpétuelle. On les amènera ainsi à comprendre la grandeur de leur tâche, à la leur faire aimer davantage, et les laboureurs, reconquis par la terre, retrouveront sur le sillon déserté la chanson légère que leurs lèvres avaient désapprise. »

Il serait désirable de voir les médecins qui le peuvent prêcher d'exemple en ayant un jardinet autour de leur maison, en pavoisant leurs demeures de fleurs variées, et surtout en s'intéressant aux résultats moraux et matériels obtenus déjà par l'« Œuvre de l'assistance par le travail de la terre ». Le professeur Robin n'a pas dédaigné de présider et d'organiser cette *Ligue du coin de terre et du foyer*, fondée par des hygiénistes et des philantropes, qui poursuivent ce but, éminemment social et humanitaire, de ramener l'homme en général et l'ouvrier en particulier à la terre, de le rattacher au sol, de lui donner, au sortir de l'atelier, sa part de lumière, d'air, de bonheur, par le travail heureux et libre, de lui apprendre que là où entre le soleil n'entrent pas les apothicaires. L'éminent académicien estime que le jardin ouvrier donne tout ce que peut donner le sanatorium, et, qu'en outre, il permet au malade de

La symptomatologie de cet état particulier se manifeste de la manière suivante :

Quelques jours avant les règles, ordinairement la veille ou l'avant-veille, elles sont prises de vives douleurs abdominales. Ce sont des douleurs « en ceinture » ou « qui font le tour » selon l'expression des malades. Elles sont brusques, et durent peu, apparaissent ou disparaissent avec le spasme. Comme lui, elles ont un maximum d'intensité aux fosses iliaques, faisant tantôt penser à une attaque de colique hépatique ou néphrétique, tantôt à une attaque d'appendicite.

On observe en même temps une céphalée violente, de véritables crises gastriques et par-dessus tout, une constipation opiniâtre suivie un peu plus tard d'une débâcle plus ou moins violente, souvent avec matières glaireuses et membraneuses.

La palpation de l'abdomen donne ici des signes importants, mais il faut souvent la renouveler plusieurs fois, pour trouver les symptômes bien probants.

On est souvent frappé, dès le début de l'exploration, par l'inégalité de ses diverses parties. Certains points sont très volumineux, paraissent comme empâtés, comme le cæcum ou l'angle droit du côlon, donnant à la main qui explore la sensation d'un cylindre résistant, assez élastique, ordinairement sonore.

En d'autres points, on peut sentir de petites tumeurs mobiles, assez comparables à des nœuds que l'on ferait glisser sur une corde, tumeur et déplacement sentis par la malade, qui donnent la sensation d'une boule qui se meut ou d'un nœud qui glisse. Un examen attentif permet parfois ainsi de reconnaître les diverses parties de l'intestin.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est que, parfois, les malades ont des garde robes régulières et repoussent avec énergie toute idée de constipation. L'interrogatoire révèlera que les matières sont petites, sèches, souvent enrobées dans des matières glutineuses. Malgré la régularité des selles, il y a irrégularité dans le fonctionnement intestinal. Ce sont, ici, comme dans les cas de constipation signalés dans le spasme, des selles par regorgement.

Quelques malades se plaignent, au contraire, de la diarrhée, et sont tout étonnées d'apprendre qu'elles doivent se considérer comme des constipées.

D'autres fois, ce sont de véritables crises de diarrhée survenant, souvent, aux époques menstruelles, et dues à la cessation du spasme ou de la contracture.

C'est à ces moments que la femme expulse de grandes quantités de matières glaireuses, mêlées de fausses membranes.

Ces glaires, que l'on a comparées à du frai de grenouille, à du blanc d'œuf non cuit, ou, si elles sont concrétées, à des tubes de macaroni, ne sont pas des productions inflammatoires. Elles sont constituées par du mucus, imprégnées de matières grasses et de savons provenant de l'intestin grêle, et parsemées de cellules épithéliales rondes, à type embryonnaire, type inflammatoire il est vrai, mais dont la présence s'explique aisément par la suractivité sécrétoire de la muqueuse irritée et la rapidité anormale de sa desquamation.

Suivant sa localisation, le spasme intestinal peut simuler ou l'appendicite, ou la colique hépatique ou néphrétique, ou l'occlusion intestinale, ou faire croire à une tumeur abdominale. (*Journal de Championnière.*)

Le traitement de ces spasmes est basé surtout sur la notion de leurs causes : c'est surtout l'état utéro-annexiel et principalement l'état général qu'il faut traiter par les moyens les plus variés qu'on aura à sa disposition.

L'ankylostomiase et l'anémie des mineurs.

Notre éminent confrère de Valenciennes, M. le Dr A. MANOUVRIEZ, a fait paraître tout récemment

rester au milieu des siens, au lieu de devenir un simple numéro isolé dans une agglomération de tristesse et d'indifférence.

De son côté, le docteur Calmette, directeur de l'institut Pasteur de Lille, demande avec instance que les terrains militaires des villes fortifiées soient mis, dans la plus large mesure, à la disposition des sociétés privées et des établissements publics d'hygiène et de bienfaisance, en vue de la création de jardins, qui seraient prêtés aux familles nécessiteuses.

Il me semble que la meilleure façon d'être démocrate, dans le beau sens du mot, de parachever l'œuvre de régénération sociale, c'est de chercher à élever le peuple jusqu'aux raffinements des élites et non de vouloir ravaler les élites ; c'est de lui apporter un peu de joie dans sa vie de lutte, parfois si douloureuse, d'ouvrir son esprit à l'harmonie des beaux horizons comme des bons sentiments ; c'est de s'efforcer de le ramener vers le sol natal, vers nos campagnes délaissées, qu'on ne saurait trop magnifier et que tant de miséreux s'empressent pourtant de fuir, pour venir s'entasser dans les ténèbres des taudis insalubres, privés d'oxygène et de lumière. Apitoyons-nous sur leur sort avec le poète Emile Verhaeren, qui, avec sa force tumultueuse et son indépendance frémissante, n'a cessé de s'indigner contre la *ville tentaculaire, pieuvre ardente*, qui arrache les campagnards à la paix des champs, de même qu'elle enleva son dernier élément de prestige, son ultime moyen d'influence à la noblesse rurale, lorsqu'elle eût renoncé à vivre sur ses terres pour se composer une nouvelle existence :

> La plaine est morne et lasse et ne se défend plus ;
> La plaine est morne et morte, et la ville la mange.

La quiétude des hommes est bouleversée et, pour qu'une vie régénérée sorte de cette mort, il est urgent de faire revenir sur leurs pas tous ces déracinés qui étouffent dans nos cités et végètent loin de leur milieu : Qu'ils aillent se retremper là-bas, en intelligences dominatrices ou mieux avisées, vers la modeste demeure où le père infirme les attend ; elle est à l'orée d'un bois ou à proximité d'une rivière et l'air qu'on y respire n'a pas encore été contaminé par d'autres haleines. C'est le salut, c'est le port, pour les favoris de la fortune comme pour les êtres les plus humbles. Nos plus célèbres médecins eux-mêmes, les grands dispensateurs de la santé, ne résisteraient pas à leur tâche, à l'usure rapide qui en résulte, s'ils ne mettaient périodiquement leur cerveau au cran de repos, s'ils n'allaient prendre un bain de jouvence, chaque été, dans quelque Icarie ignorée, dans un coin verdoyant et ensoleillé, au décor prestigieux, où ils peuvent oublier et se faire momentanément oublier.

Dr GRELLETY (de Vichy).

une intéressante étude de l'anémie des mineurs et de l'ankylostomiase. Il rappelle d'abord qu'on connaît la véritable cause de l'anémie des mineurs depuis les découvertes de Grasiadei et de Perroncito.

Cette anémie est due à la pénétration, dans l'intestin humain et en particulier, dans le duodénum, d'un parasite extrêmement petit et abondant, l'ankylostome duodénal. Les différentes recherches faites par les hygiénistes sur ce sujet ont amené M. Manouvriez à formuler les conclusions suivantes au point de vue prophylactique : Un seul malade suffit pour contaminer rapidement toute une mine : 80 p.100 des ouvriers. Il faut donc absolument interdire l'accès du fond des fosses à tout ouvrier dont les déjections renferment des œufs d'ankylostome.

Il ne faut pas non plus négliger les mesures hygiéniques :

1° Installation au fond de tinettes mobiles, contenant une poudre désinfectante, telle qu'un composé de sulfate de fer et de plâtre, à réaction acide ; et désinfection des selles déposées hors des baquets, au moyen de la même poudre, avec superposition d'une couche épaisse de terre, ou de poussier de charbon, plus simplement au moyen de tourbes sèches.

Il faut savoir que les œufs du ver sont tués par une température de 50°, et par des solutions concentrées de chlorure de soude et des acides sulfurique et chlorhydrique ; en traitant les selles par ces agents, on éviterait la propagation de la maladie.

Les larves sont tuées par la chaux vive.

2° Mise à la disposition des ouvriers d'eau pour le lavage des mains, avant leurs repas ; recommandation aux ouvriers de porter le moins possible les doigts à la bouche ;

Installations de douches, plutôt que des lavoirs communs, cause de contamination mutuelle ;

Les vêtements de travail devraient être laissés dans un vestiaire du carreau de la fosse ; ils seraient lessivés sur place.

3° Instructions pratiques données aux ouvriers ;

4° Maintien des travaux dans le meilleur état de propreté possible ; badigeonnages des boisages avec la chaux vive, à l'action de laquelle les larves sont très sensibles ;

5° Enfin, ventilation suffisamment énergique pour maintenir la température intérieure de la mine au-dessous du degré favorable à l'incubation des œufs, à l'éclosion et au développement des larves, par conséquent au-dessous de 18°, si possible.

D'une manière générale, on préfèrera l'aérage par aspiration, en particulier par des ventilateurs, et par des foyers.

L'auteur ajoute en terminant :

« L'avenir appartiendra au pays qui produira le plus de houille », disait, il y a un siècle, le célèbre homme d'Etat anglais Robert Peel, « mais », ajoutait-il, dans cette sorte de prophétie à laquelle les événements actuels se chargent de donner raison : « Celui-là en produira le plus, qui assurera le mieux la vie et la santé de ses ouvriers. »

Bien au-dessus de l'intérêt économique, nous plaçant au point de vue humanitaire, par conséquent mieux dans notre tradition nationale, considérons surtout et remplissons, en assurant la santé des nombreux ouvriers mineurs, le devoir social qui nous est dicté par l'hygiène.

Stérilisation du liège

D'après une récente communication de M. Bordas à l'Académie des sciences, le développement de certaines muscédinées, telles que l'*Aspergillus niger* et le *Penicillium glaucum*, dans les anfractuosités du liège femelle et l'envahissement plus ou moins profond du tissu cellulaire par les filaments mycéliens de ces moisissures provoquent, dans les bouchons, la formation de principes volatils, qui communiquent aux liquides le goût de bouchon. (*Extrait du Répertoire de Pharmacie*).

Lorsque les bouchons sont traversés par de nombreux canaux médullaires, dans lesquels se sont développés les filaments mycéliens de l'*Aspergillus niger*, on peut reconnaître, à l'odorat, les bouchons susceptibles de donner un mauvais goût aux liquides ; mais il n'en est pas de même lorsque le liège est sain d'aspect et que les filaments mycéliens ont pénétré dans l'intimité du tissu cellulaire.

On conçoit qu'il suffit de quelques spores pour que, lorsque les conditions favorables au développement des moisissures se trouvent réalisées, ces champignons envahissent tout le liège et communiquent au liquide le goût désagréable bien connu.

Tous les procédés actuels pour assainir et blanchir le liège, tels que l'ébullition en présence d'un hypochlorite, du chlore où de l'acide sulfureux, sont sans action sur les moisissures et sur les filaments mycéliens intracellulaires. Pour détruire tous les germes et pour faire disparaître les principes odorants déjà formés, il faut stériliser le liège dans le vide ; on place les bouchons dans une étuve chauffée à 120 degrés pendant dix minutes environ ; on fait ensuite le vide ; on rétablit la pression en laissant pénétrer la vapeur d'eau, qu'on porte ensuite à 130 degrés pendant dix minutes.

Les bouchons ainsi stérilisés ne donnent plus de mauvais goût.

Incompatibilité de l'acétate d'ammoniaque et de l'extrait de quinquina.

M. Ed. Crouzel, pharmacien à la Réole, signale, dans le *Répertoire de pharmacie*, une grave incompatibilité qu'il est bon de retenir : c'est celle de l'acétate d'ammoniaque et de l'extrait de quinquina. M. Crouzet a remarqué que le mélange de ces deux substances produit immédiatement un précipité d'autant plus abondant que la dose d'extrait de quinquina est plus considérable.

Cette réaction rappelle celle indiquée pour l'essai qualitatif du quinquina par l'oxalate d'ammoniaque. Il est bon de noter que le précipité augmente suivant que la teneur du quinquina en quinine est plus considérable, tandis que la présence des autres alcaloïdes du quinquina (cinchonine, etc), ne donne, dans le même cas, qu'un trouble plus ou moins prononcé.

« Cette incompatibilité n'est indiquée par aucun

auteur. Dorvault indique seulement, comme incompatibles de l'acétate d'ammoniaque, les *alcalis*, les *acides concentrés*, les *sels de mercure*, le *nitrate d'argent*.

« Par analogie, M. Crouzel a essayé si l'acétate d'ammoniaque est incompatible, en solution aqueuse, avec les extraits de kola, de coca, de salsepareille, de raifort, d'écorces d'oranges amères, de ratanhia et d'opium. Il n'en est rien. »

D'après ce qui précède, il faut donc éviter d'associer l'acétate d'ammoniaque avec l'extrait de quinquina, sous forme de potions, de sirops ou d'élixirs.

MÉDECINE PRATIQUE

La coxalgie hystérique.

M. le Dr Calot, dans son livre sur la coxalgie, semble mettre en doute l'existence de la coxalgie hystérique. Je viens d'avoir, dans ma clientèle, un exemple saisissant de cette affection que je me fais un plaisir et un devoir de communiquer aux lecteurs du *Concours*.

Louise L., est une petite brune de 22 ans, dernière venue d'une nombreuse famille, qui compte 8 enfants et dont tous les membres jouissent d'une excellente santé et n'ont jamais présenté aucun symptôme de nervosisme.

Personnellement. elle est atteinte d'un strabisme interne de l'œil droit et elle a présenté à l'âge de 15 ans, sans cause apparente, des manifestations nerveuses très accusées : sensations de boule, spasmes, sanglots, émotivité exagérée et enfin des attaques convulsives qui se sont reproduites pendant plusieurs mois tous les 2 ou 3 jours, à l'hôpital, dont je suis le médecin.

Sortie améliorée au bout d'un an, elle prend du service dans une famille bourgeoise qui paraît assez contente d'elle, et je ne la revois que trois ans après, à l'hôpital, où elle vient se faire soigner pour une bronchite grippale avec une congestion pulmonaire au sommet gauche. Elle souffre de violentes douleurs de tête que rien ne peut calmer, et de névralgies diverses dans les membres supérieurs, les espaces intercostaux et la région lombo-abdominale.

Un matin, je ne fus pas peu surpris de trouver son bras droit inerte et absolument paralysé. J'hésitai quelque peu, en raison des douleurs névralgiques qui avaient précédé et qui accompagnaient cette paralysie, à la considérer comme une manifestation hystérique. Cependant, quelques jours après, les douleurs se calmèrent et brusquement, après quelques semaines d'attente, la motilité se rétablit d'emblée et d'une façon complète.

Elle sortit de l'hôpital et je la perdis de vue pendant 4 ans, lorsque l'année dernière, à la fin de l'automne, elle revint avec une affection nouvelle, qui me plongea, je l'avoue, dans une profonde perplexité.

En montant de l'eau au troisième étage, dans une maison où elle était bonne à tout faire, elle glissa dans l'escalier, se contusionna légèrement le genou droit et ressentit à ce niveau une violente douleur. La douleur se propagea à l'articulation de la hanche, et deux ou trois jours après l'accident on dut la transporter à l'hôpital de la petite ville où elle se trouvait. Là on porta le diagnostic de coxalgie et on immobilisa. C'est deux mois après, que je la trouvai dans mon service, à l'hôpital, où elle avait demandé à être transportée.

Je l'examine attentivement. En ce moment, elle souffre un peu du genou droit, mais elle se plaint surtout de la hanche. La cuisse est en demi-flexion, le pied en adduction, les muscles raidis et contracturés. Le moindre mouvement lui fait pousser des cris.

Après extension, le pli fessier paraît un peu relevé et la jambe présente un raccourcissement apparent de 3 ou 4 centimètres. Je constate en même temps une légère atrophie, mais peu appréciable, et que j'attribue à la longue immobilisation (deux mois) du membre dans un appareil.

En somme, ce bloc hyperesthésié ne me disait rien qui vaille. Avais-je affaire à une arthralgie hystérique et la légère contusion reçue avait-elle été le clou où ma malade avait accroché une nouvelle localisation de sa névrose ? Etais-je en présence d'une véritable coxalgie au début que le tempérament lymphatique de la jeune fille rendait parfaitement possible ?

Dans le doute, étant données les douleurs violentes de la malade, douleurs qu'exaspérait le moindre mouvement, je plaçai quelques pointes de feu et j'immobilisai. Les douleurs se calmèrent peu à peu, mais comme elles revenaient dès que l'appareil était enlevé, je le renouvelai pendant tout l'hiver et elle subit de la sorte une immobilisation de près de cinq mois.

Au mois de juin dernier, elle était toujours dans son lit, souffrant peu, mais la jambe raidie et incapable de faire un mouvement.

A ce moment, un pèlerinage de Lourdes se prépare et elle demande à en faire partie. Très heureux de cette bonne inspiration, je lui délivre le certificat exigé, énonçant les symptômes de son mal, sans en préciser la nature. On l'emporte sur un brancard à la gare de la localité et on l'embarque.

Huit jours après, je la retrouve dans son lit, de retour de son pèlerinage, nerveuse, agitée et en même temps confuse et déçue. Elle est revenue dans le même état, avec des souffrances en plus. La nuit suivante, elle ne dort pas, elle est surexcitée, repasse dans son souvenir les guérisons merveilleuses dont elle a été témoin, est convaincue qu'elle va guérir. A un moment donné, le matin, sous l'influence d'une impulsion qui la domine, elle se jette hors de son lit et se met à marcher. Une heure, après, quand je viens faire ma visite, je l'aperçois rayonnante, inondée de joie, pleurant et riant à la fois, qui se précipite vers moi en me criant qu'elle était guérie.

Et de fait, en ma présence, elle se livre à des exercices chorégraphiques, saute, marche à cloche-pied sur sa jambe malade, où elle ne ressent plus ni la plus légère douleur, ni la moindre raideur. Depuis bientôt trois mois, elle a repris son service et la guérison ne s'est pas démentie. *Et nunc erudimini.*

Dr CANARD.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Le Dentu

La syphilis en chirurgie. Considérations thérapeutiques.

Il est un grand nombre de lésions syphilitiques qui, par la force des choses, passent sous les yeux du chirurgien. Je vais vous en donner d'abord une rapide énumération, en suivant l'ordre habituel des accidents, puis je passerai aux considérations thérapeutiques qui les intéressent.

Rien de plus banal, à la vérité, qu'un chancre ; seulement il y a chancre et chancre, et tous ne se ressemblent pas. Vous connaissez bien les chancres des organes génitaux, mais vous êtes moins familiarisés avec ceux de la peau, des lèvres, des mamelons, etc. Le chancre cutané s'éloigne sensiblement du type habituel : il n'est pas limité par une induration nette et il donne une sensation parcheminée, ce qui veut dire que, si on le plie, on perçoit une sorte de plaque fibro-cartilagineuse.

Le chancre des doigts n'a pas, non plus, les caractères du chancre type de la muqueuse balano-préputiale. Il prend l'aspect et on le confond volontiers avec une tourniole. On passe à côté du diagnostic si on n'y pense pas.

Les erreurs relatives au chancre des lèvres ne se comptent plus. Il simule l'épithélioma par sa dureté, son ulcération légèrement granuleuse et l'adénopathie qui l'accompagne. La lésion, toutefois, est plus limitée, plus ferme et l'engorgement ganglionnaire plus accentué.

Il existe également des chancres du mamelon, et il faut y songer. Quant aux chancres des amygdales et de l'anus, ils sont plus délicats et plus difficiles encore à distinguer. Leurs contours sont irréguliers ; l'ulcération est, à l'anus, étoilée et d'apparence fissuraire.

Les accidents secondaires n'intéressent guère le chirurgien qu'à titre d'aide pour les diagnostics difficiles et ils viennent simplement confirmer la nature syphilitique d'une lésion douteuse.

Les accidents qui jouent le plus grand rôle au point de vue chirurgical sont les lésions tertiaires, celles des mucles, des os, des fosses nasales, du testicule, etc.

On rencontre sur le squelette des hyperostoses à développement plus ou moins rapide, particulièrement au crâne, à la clavicule, au tibia et au péroné. Ces hyperostoses, il est bon de le savoir, apparaissent quelquefois dans le cours de la période secondaire, bien qu'elles appartiennent au tertiarisme. Elles tendent, dans certains cas, celles du crâne surtout, au ramollissement, évoluant ainsi à la façon des gommes : plusieurs périostoses se réunissent et le malade paraît avoir une vaste infiltration gommeuse. J'en ai observé un cas, suivi de fistule, qui entraîna la mort. Ce ramollissement est rare aux os longs.

Je ne puis que vous signaler l'assimilation de la maladie de Paget — qui consiste, vous le savez, en épaississements osseux se produisant à un âge avancé — avec la syphilis. Lannelongue fait, de cette affection, une syphilis héréditaire sénile.

Le second appareil où se voient les syphilides tertiaires est le système musculaire. Elles n'y sont pas extraordinairement rares. Sans parler de la syphilis de la langue et du voile du palais qui atteint les mucles de ces organes, il y a lieu d'envisager la syphilis des gros muscles. Là aussi, il est des lieux de prédilection du syphilome, qui sont les sterno-mastoïdiens et les mollets. Il convient d'en distinguer deux formes, l'une circonsorite, gommeuse, qui, après élimination des masses gommeuses, laisse un cratère, l'autre infiltrée, qui se rencontre par exemple aux muscles de la face.

Signalons, enfin, les gommes, les condylomes de la langue, les gommes du voile du palais qui aboutissent à des perforations parfois foudroyantes comme rapidité, les syphilides du testicule, celles des mamelles.

Après ce rapide coup d'œil jeté sur les principales lésions chirurgicales de la syphilis, abordons maintenant la question thérapeutique.

L'ancien traitement de la syphilis par la liqueur de Van-Swieten, les pilules de protoiodure, celles de Dupuytren, les frictions mercurielles, les préparations mixtes, le sirop de Gibert entre autres, qui a résisté au temps et que Bazin recommandait, cet ancien traitement, dis-je, ne doit pas être répudié. Il en est de même de l'iodure de potassium, qui reste un excellent remède et occupe, à côté du mercure, une place importante dans la cure de la syphilis.

Pendant longtemps on s'est servi à peu près uniquement des agents thérapeutiques dont nous venons de parler, auxquels, en France particulièrement, on est resté fidèle. La méthode sous-cutanée a eu, en effet, quelques difficultés à s'établir chez nous.

Cette méthode, aujourd'hui si employée et considérée comme nouvelle, ne date cependant pas de ces dernières années. Déjà, vers 1856, mon maître Liégeois fit de nombreux essais de thérapeutique de la syphilis par les injections hypodermiques de bichlorure d'hydrargyre et il communiqua longuement ses résultats à la Société de chirurgie. Je me rappelle, entre autres détails, qu'ayant pesé ses malades avant et après le traitement, il avait noté comme effet de la cure une augmentation de poids. Il remarqua également les inconvénients de ce procédé, les douleurs qu'il entraîne en particulier. Ces inconvénients sont restés les mêmes actuellement ; aussi le bichlorure a-t-il été abandonné dans la médication hypodermique de la syphilis et remplacé par d'autres sels.

Les injections sous-cutanées ou intra-musculaires de préparations mercurielles offrent plusieurs avantages et répondent à plusieurs indications.

Il est des malades qui supportent mal les anciennes méthodes, celles-ci déterminant de la stomatite et de la diarrhée. Voilà une première indication.

On considère, d'autre part, qu'il y a avantage à traiter par les injections les anémiques, les dyspeptiques, les femmes enceintes et tous ceux qui ont besoin de conserver l'intégrité de leurs fonctions digestives.

Indépendamment de ces avantages, la méthode des injections a une supériorité incontestable. Elle agit rapidement et, lorsqu'on est aux prises avec un cas grave, une gomme du voile du palais par exemple, qui arrive si vite à la perforation,

elle permet une intervention énergique et immédiate.

En outre, l'expérience des syphiligraphes a montré que, au début de la période secondaire, on obtenait une sédation plus prompte des accidents en s'adressant aux injections. Voilà donc une série de raisons qui justifient l'emploi et la préférence accordée à la voie hypodermique sur les autres voies d'absorption lorsqu'il s'agit de soigner un syphilitique.

On peut aussi appliquer l'hypodermie mercurielle au traitement normal de la syphilis. La formule de Fournier se résume en une cure chronique et intermittente. Fournier fait prendre des pilules mercurielles pendant 4 périodes la première année, 3 la seconde et 2 la troisième. Chaque période dure un mois à six semaines. Avec les injections, les périodes se trouvent abrégées, car, pour représenter une série, une vingtaine d'injections quotidiennes ou six injections espacées suffisent.

Il est, en effet, deux manières d'appliquer le traitement par les injections, soit en faisant des piqûres quotidiennes, soit en faisant des piqûres espacées, à intervalles plus ou moins considérables et à doses fortes. Quelquefois, on combine les deux procédés : on emploie, en principe, la méthode espacée, mais on a recours, en attendant que l'absorption commence, dans les deux ou trois premiers jours, aux injections quotidiennes.

Les auteurs ont expérimenté une quantité prodigieuse de sels de mercure et vous pouvez trouver des documents complets sur la question dans la thèse de M. Lévy-Bing, où plus de 6000 injections sont relatées.

En réalité, il n'y a guère que quatre substances auxquelles il y ait lieu de s'arrêter, le sublimé, le bi-iodure, le calomel et le mercure métallique ou huile grise. Voici, d'abord, une formule de sublimé dans laquelle le chlorure de sodium ajouté a pour but de faciliter la dissolution du sel hydrargyrique :

Bichlorure de mercure..	0 gr. 10 à 0 gr. 20
Chlorure de sodium....	0 gr. 075
Eau....................	10 cent. cubes

Chaque centimètre cube contient un ou deux centigrammes de bichlorure de mercure.

Les injections de sublimé sont douloureuses, elles laissent des indurations, et développent facilement des stomatites, des diarrhées et des abcès. Aussi, sont elles abandonnées et je vous les ai citées surtout au point de vue historique.

La sélection des sels mercuriels se trouve donc ainsi ramenée à trois produits : le bi-iodure, le calomel et l huile grise.

Le bi-iodure a été introduit dans la thérapeutique hypodermique de la syphilis par Panas, qui, il y a assez longtemps, reconnut que ce sel se dissolvait bien dans l'huile d'olives stérilisée. Il donna une première formule contenant 4 grammes pour 1 litre d'excipient, soit 4 milligrammes pour un centimètre cube. Cette formule fut adoptée par beaucoup de médecins et eut une vogue légitime pendant nombre d'années.

M. Lévy-Bing modifia la force et le véhicule de la solution et il recommande la formule suivante :

Bi-iodure d'hydrargyre	0 gr. 20
Iodure de sodium..........	0 gr. 20
Eau......................	10 cent. cub.

Chaque centimètre cube contient deux centigrammes de biiodure, ce qui nous amène loin des 4 milligr. de Panas. M. Lévy-Bing estime que c'est là la solution type, celle qui a le plus de valeur et il pratique avec elle une injection quotidienne d'un cent. cube pendant 20 jours.

Quant à la solution huileuse de Panas, elle a été ainsi changée par M. Lafay :

Biiodure de mercure... 0 gr. 01 centigramme ou 0 gr. 015 milligrammes.
Huile de noix......... } āā 1/2 cent. cube.
Huile de ricin......... }
Pour une injection.

J'arrive maintenant aux préparations mercurielles insolubles.

Le calomel, employé depuis longtemps, s'injecte actuellement à la dose de 0 gr. 10 et voici le mélange adopté par M. Balzer, qui s'est beaucoup occupé de cet agent médicamenteux :

Calomel..................	1 gramme
Huile de vaseline.........	10 cent. cubes.

Le moyen qui a le plus de vogue, toutefois, est l'huile grise. On a donné, pour celle-ci, de nombreuses formules. Je vous reproduis celle de M. Lafay :

Mercure métallique........	40 gr.
Lanoline..................	12 gr.
Vaseline..................	13 gr.
Huile de vaseline..........	35 gr.

On compte par quantités de mercure incluses dans la préparation, en injectant une dose de 0 gr. 06 à 0 gr. 14 par piqûre.

Reste à indiquer la technique. L'instrumentation comprend une seringue et une aiguille. Pour les sels insolubles, on a imaginé des appareils spéciaux, la seringue de Le Pileur par exemple, dont le piston à vis fait passer, à chaque demi-tour, une demi-goutte (7 demi-tours donnent la dose normale d'huile grise), la petite seringue de Barthélemy dont chaque division correspond à 1 centigramme. On se sert d'aiguilles en platine iridié, longues de 5 centimètres au moins.

L'injection peut se faire, soit simplement dans la couche sous-cutanée lorsqu'il s'agit de bi-iodure, soit dans l'épaisseur des masses musculaires, ce qui est indispensable pour les injections insolubles et préférable pour les injections solubles. On choisit généralement les muscles des masses sacro-lombaires et des fesses.

Plusieurs syphiligraphes se sont attachés à déterminer les points spéciaux les plus avantageux pour ces injections en s'inspirant surtout de la situation du nerf sciatique dont il faut se tenir éloigné. Je vous citerai le point de Smirnoff, c'est à-dire la région rétro-trochantérienne ; mais à cet endroit il y a des tendons et du tissu cellulaire et ce n'est guère le moyen de tomber en plein muscle. Vient ensuite le point de Galliot, qui s'obtient en traçant une première ligne horizontale à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter, une deuxième ligne verticale, à deux travers de doigt en dehors du pli fessier : leur intersection constitue le point de Galliot. M. Fournier recommande le tiers supérieur de la fesse et M. Barthélemy donne une autre indication : piquer au milieu d'une ligne reliant la partie supérieure du pli inter-fessier à l'épine ilia-

que antéro-supérieure. Ce dernier point correspond au bord externe du grand fessier.

Manuel opératoire ? L'injection sera faite avec les précautions d'asepsie et d'antisepsie d'usage. Elle s'effectuera en un ou deux temps. Cette dernière, préférable dans tous les cas, n'est indispensable que pour les sels insolubles. Plantez l'aiguille d'abord, jusqu'à la garde, et, s'il ne s'écoule pas de sang, ajustez le piston et poussez lentement le liquide. S'il y a suintement sanguin, retirez l'aiguille et piquez à côté.

Cette méthode n'est pas sans offrir des inconvénients. Elle peut causer, en premier lieu, les mêmes troubles que les anciens procédés, la stomatite et la diarrhée ; aussi doit on surveiller la bouche soigneusement au cours du traitement.

Il existe, d'autre part, des accidents propres à la méthode. Sauf exceptions, les injections de biiodure et d'huile grise ne sont pas douloureuses ; celles de calomel, au contraire, causent des souffrances aiguës qui durent 2 à 3 heures et parfois se prolongent. L'abcès, quelquefois aseptique, est une des suites possibles des injections mercurielles, celles de calomel plus spécialement. Mais le véritable accident grave est l'embolie : M. Levy-Bing écrit que c'est là une complication toujours due à une faute de technique. On l'évitera en procédant à l'injection en deux temps.

Lorsque vous aurez à choisir entre les deux méthodes, l'ancienne et la nouvelle, vous tiendrez compte de plusieurs considérations ; les convenances, la tolérance du malade, la nécessité d'agir vite. Elles sont bonnes toutes les deux. Indiscutablement la cure par les injections représente un progrès, comparée à l'ancienne thérapeutique par les pilules et les frictions : celles-ci cependant, les frictions mercurielles en particulier, procurent encore des effets satisfaisants et ne doivent pas être abandonnées.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Un cas de maladie de Little traité par le massage et la mécanothérapie,

Par M. le Dr Gambier, de Loudun.

Peut-on espérer la guérison des paralysies avec contracture dans la maladie de Little ?

Je puis répondre : oui.

Si je publie cette observation très succincte, c'est parce que je suis docteur en médecine et qu'il s'agit de mon fils. Du reste, voici les faits : Jusqu'à l'âge de huit mois, l'enfant se portait à merveille et se développait normalement, quand je m'aperçus à ce moment que les membres inférieurs maigrissaient et qu'en même temps se manifestait de la contracture des fléchisseurs. Inutile de dire que toute la Faculté fut consultée ; autant de consultés, autant d'opinions différentes : pour les uns, l'électricité était souveraine ; pour les autres, elle était absolument contre-indiquée.

Différents traitements furent suivis, hélas! sans aucune amélioration. Sur l'avis d'un de mes anciens maîtres de Paris, j'emmenai mon fils au bord de la mer. Là, il fut traité par l'électricité statique, les bains de sable chaud, etc. Au bout de cinq ans, l'état de l'enfant, au lieu de s'améliorer, semblait plutôt s'aggraver.

Je partis alors avec mon fils dans le centre de la France ; à ce moment il marchait à quatre pattes, sur les genoux, la station debout était absolument impossible, impossible ; également de faire un pas, même étant soutenu.

La contracture des adducteurs déterminait le croisement des genoux et il ne pouvait s'appuyer que sur la pointe des orteils, la pointe des pieds en dedans. C'est alors que je consultai le Dr Doyen en 1900 ; il pratiqua à la cuisse droite des ténorrhaphies, myorrhaphies. La section des deux tendons d'Achille fut pratiquée en même temps. Ces opérations ne furent utiles que pour les pieds, qui purent alors se poser sur la région plantaire.

En 1903, l'enfant fut reconduit chez le Dr Doyen qui le confia aux soins de M. A. Scherf, à ce moment directeur de l'orthopédie dans sa clinique. M. Scherf fit construire des appareils spéciaux pour lui ; des caoutchoucs remplaçaient les muscles extenseurs trop faibles pour lutter contre les fléchisseurs. Sous l'influence des massages et de la mécanothérapie, après moins de deux mois de traitement, les contractures commençaient à céder, la station debout et la marche avec deux cannes étaient déjà possibles; le Dr Doyen considéra ce résultat comme un *miracle*.

Ramené en province pour se reposer, l'enfant fut ensuite reconduit à Paris en octobre, il y resta jusqu'à fin décembre ; l'amélioration augmentait d'une façon très visible.

Ramené en province, il fut de nouveau reconduit à Paris à la fin d'avril où il resta jusqu'à la fin de juillet, 95, rue de la Pompe, chez M. A. Scherf que j'avais été à même d'apprécier chez le Dr Doyen.

État actuel : L'enfant marche seul avec ses cannes, sans appareils orthopédiques; il marche seul, sans ses cannes, avec ses appareils ; il peut se baisser, ramasser un objet à terre et se relever sans aucune aide.

M. Scherf a été dans la clinique du professeur Hoffa à Würzburg, dans la clinique du Dr Kohler à Zwickau (Saxe), chez M. le Dr Wagner à Hambourg, puis à Paris chez le Dr Doyen. Ensuite, il a fondé son institut orthopédique 95, rue de la Pompe.

J'ai vu M. Scherf à l'œuvre ; j'ai vu des résultats que je puis qualifier, comme le Dr Doyen, de miraculeux.

M. Scherf n'emploie guère que des appareils inventés par lui, et bien compris puisqu'ils assurent le succès dans toutes les affections relevant de l'orthopédie : pieds bots, coxalgies, paralysies infantiles, déviation de la colonne vertébrale, pseudarthroses, etc.

En publiant cette observation, je ne fais que remplir un devoir de reconnaissance, car je puis affirmer que sans le traitement de M. Scherf, mon fils n'aurait jamais marché.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le tarif que souhaite M. le Sénateur Gourju.

Il était bien à prévoir que le Syndicat du Rhône ne manquerait pas de demander à M. Gourju,

sénateur de ce département, quelle signification, quelles intentions, quelles conséquences il attribuait à l'amendement dont tout le corps médical s'est ému, parce qu'il semblait substituer au tarif *ouvrier*, dans l'article 4 de la loi-accidents, un tarif inquiétant qui émanerait peut-être de conseils mal renseignés et courrait risque de devenir un précédent à l'usage des autres collectivités.

Nos amis du Rhône, fidèles à leur tradition d'initiative et de solidarité agissante, ont en effet accompli la démarche que nous savions bien devoir attendre d'eux.

Voici dans quels termes leur *Bulletin* du 1er septembre nous en rend compte :

La loi sur les accidents du travail devant le Sénat.

Travaux de la délégation du Syndicat des médecins du Rhône. — Lettre de M. le sénateur Gourju.

La délégation nommée par la Chambre syndicale des Médecins du Rhône à la séance du 12 juillet 1904 et composée des deux vice-présidents du Syndicat, MM. Lépine et Bertoye, et de Me Regaud, avocat-conseil, a commencé sa mission par une visite à M. le sénateur Gourju, auteur de l'amendement qui a ému le corps médical. M. Gourju a eu avec la délégation un long entretien et lui a remis une lettre déjà écrite en réponse à l'article paru au *Bulletin* d'août dernier. Nos confrères seront heureux, nous n'en doutons pas, de prendre connaissance de cette lettre que nous publions ci-dessous et la liront avec tout l'intérêt qu'en commandent la forme et le fond.

Dareizé (Rhône), le 20 août 1904.

Monsieur le Rédacteur,

C'est bien tardivement que votre numéro du 1er août a passé sous mes yeux et que j'ai connu, à ma grande surprise, l'émotion suscitée dans une partie du corps médical soit par le vote des sénateurs qui ne se sont pas ralliés à l'amendement Piettre-Treille-Pédebidou, soit par l'adoption de mon propre amendement au projet de loi sur les accidents du travail. On a voulu voir dans notre vote une manifestation d'hostilité contre les médecins, dans mon amendement une tentative trop heureuse de revanche et la destruction de son œuvre par le Sénat lui-même.

Rien de pareil n'a hanté l'esprit de mes collègues ni le mien et je désire par des explications immédiates couper court à ce malentendu. Il ne se serait pas produit si mon distingué collègue et ami, le docteur Gauthier (de la Haute-Saône), au lieu de se borner à formuler des réserves sur mon amendement pour la seconde délibération, avait sur l'heure même engagé un débat qui m'aurait fourni l'occasion d'en préciser séance tenante l'esprit et la véritable portée.

Vous conviendrez qu'il m'était impossible, sans commettre une indiscrétion flagrante, d'infliger un discours au Sénat pour défendre mon texte additionnel que personne ne contestait et qui, visiblement, allait être l'objet d'un vote à mains levées. Nul plus que moi ne regrette l'ajournement de la discussion à la seconde lecture ; car j'aurais aussitôt dissipé toute équivoque sur le sens de cet article et sur mes véritables intentions.

Pour bien les comprendre, il faut se rappeler comment la question se posait au Luxembourg. La Commission (dont je ne fais pas partie), après avoir reconnu à l'ouvrier le droit de choisir son médecin, que paie cependant le chef d'entreprise, se référait pour les honoraires au tarif départemental de l'Assistance publique et, quand il n'en existerait pas, au tarif du département le plus voisin de la commune où se serait produit l'accident.

C'était un expédient pur. *Car l'ouvrier blessé n'est point* a priori *un indigent*, alors surtout que c'est son patron ou une compagnie d'assurances qui doit payer pour lui, et *les sacrifices qui peuvent être acceptés par le médecin lorsqu'il s'agit des malades pauvres n'ont plus ici les mêmes raisons d'être*. De plus, il peut fort bien arriver qu'une commune où il n'existe pas de tarif soit sensiblement à égale distance de deux départements où les tarifs ne soient pas identiques. Le projet de la Commission sur ce point n'était donc pas viable.

Mais l'amendement de mes collègues médecins, plus satisfaisant à première vue, ne me semble pas moins dangereux, quoique d'une manière différente, parce qu'il livre tout le monde et les médecins eux-mêmes à l'arbitraire par l'imprécision des termes. Il s'en remet pour le règlement des honoraires au *tarif ouvrier* ou aux *usages locaux*.

Le tarif ouvrier a le grave défaut ou de ne pas exister, ou de se confondre avec les usages locaux ; c'est une redondance d'expressions qui n'est pas sans péril. Quant aux usages locaux eux-mêmes, j'en comprends sans peine l'application aux matières pour lesquelles les générations successives se sont transmis séculairement des habitudes, des traditions, connues de tout le monde, non douteuses, ni contestées et, pour cela même, passées en force de loi de par le Code civil. Il en est ainsi pour le préavis donné aux domestiques ou par les domestiques en cas de rupture, pour la largeur du tour-d'échelle, des invétisons, des francs-bords, pour le point de départ des contrats de fermage ou de colonat partiaire, pour l'époque des congés-dédits, etc.

Les usages locaux qui régissent ces détails de la vie courante et d'autres encore sont tellement connus et entrés dans les mœurs que l'on a pu, suivant les régions, les codifier officieusement dans des recueils comme celui de M. Vachez pour le département du Rhône. Je ne connais rien de pareil pour les honoraires des professions libérales. Il existe bien des habitudes plus ou moins flottantes et incertaines, même parfois des tarifs établis par les associations médicales à titre d'indications et de conseils pour leurs membres ; mais rien de tout cela n'est légalement obligatoire pour personne, même pour les médecins, à plus forte raison pour les tribunaux.

Dans la pratique, les usages locaux, pour chaque localité, ce serait tout simplement l'arbitraire du juge de paix, et le médecin, suivant qu'il lui serait sympathique ou non, pourrait fort bien en obtenir tantôt des honoraires de luxe, tantôt des honoraires de famine. Je vous laisse à penser ce que cela deviendrait quand la politique serait de la partie ; or aujourd'hui elle se mêle de tout. Rien n'est pire dans l'administration de la justice que l'arbitraire du juge.

Aussi, ne serez-vous pas étonné d'apprendre que le Gouvernement, responsable de l'application des lois, a voté comme moi-même *contre* l'amendement Piettre. Car, si vous voulez bien vous reporter au scrutin que vous avez inséré, vous y trouverez parmi les bulletins bleus ceux des trois ministres sénateurs, y compris celui de M. Combes en personne, qui cependant est médecin. Je n'ai pas besoin de vous dire que nul entraînement politique n'a déterminé la rencontre de nos bulletins dans l'urne.

Pour parer aux inconvénients d'un régime sans fixité dans cette matière, où c'est l'un qui fait la dépense et l'autre qui la paie et où il est d'autant plus nécessaire de donner des garanties à tout le monde, j'ai proposé de faire établir un tarif spécial, non par un simple décret du Gouvernement, susceptible d'être modifié *ad nutum*, mais par un règlement d'administration publique, c'est-à-dire par le Conseil d'Etat qui a l'habitude d'apporter à ces sortes de travaux toute la maturité et tout le sérieux désirables.

J'ai demandé qu'il lui fût octroyé deux ans à partir de la promulgation pour dresser ce tarif. C'était déjà dire suffisamment qu'il ne s'agirait pas de sabrer un tarif de guerre contre les médecins, mais d'établir une œuvre réfléchie, bien équilibrée, pour

laquelle ils auraient voix au chapitre. *Car je ne comprends pas une tarification en matière de médecine sans la collaboration du corps médical* et, si vous voulez bien relire le *Journal officiel*, vous y verrez que, la question ayant été posée par un de mes collègue, j'ai donné formellement mon avis dans ce sens comme auteur de l'amendement.

Il est vrai qu'un instant plus tard le rapporteur a mis la sourdine et paru contredire ma déclaration. Mais il va de soi que je réponds seulement de mes paroles, non de celles d'autrui ; et d'ailleurs il s'est évidemment trompé. Car il dit *qu'il sera impossible à la Commission d'entendre les médecins dans la discussion.* Or, au moment où le tarif sera préparé, *après la promulgation de la loi*, non seulement la Commission sera dessaisie, mais elle n'existera même plus, et le Conseil d'Etat sera pleinement libre de consulter qui bon lui semblera.

Ai-je besoin d'ajouter à ces trop longues explications que je ne saurais être suspect d'avoir voulu jouer un mauvais tour à ce corps médical qui tient une place si éminente dans la vie intellectuelle de notre pays, puisque depuis un demi-siècle j'y ai compté quatre de mes plus proches parents ou alliés et non pas les premiers venus, sans parler d'innombrables amis ou de vieux camarades ?

Mais *un bien averti en vaut deux* et, puisque mon silence, nécessaire pendant la première lecture, a fait naître quelque confusion dans de bons esprits, je ne laisserai pas passer la seconde délibération sans m'expliquer en termes tels qu'il ne puisse plus y avoir de doute pour personne.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

A. Gourju.

Lyon, le 24 août 1904.

A l'instant, je viens d'avoir une longue entrevue avec la délégation nommée le 12 juillet par votre Association. MM. Bertoye, Lépine et Regaud m'ont présenté un tarif ouvrier imprimé qui malheureusement n'a pas été mis sous les yeux du Sénat pendant la discussion et qui l'aurait sans doute bien simplifiée si l'existence lui en avait été révélée ; car, à première vue, il parait assez équitable pour pouvoir servir de base à un tarif officiel.

Ainsi renseignés, nous n'avons plus qu'à prier le Syndicat du Rhône de nous indiquer ou de nous faire tenir sans retard plusieurs exemplaires du *Tarif ouvrier imprime* qui a été favorablement apprécié par M. le Sénateur Gourju et qui répond aux vues de son amendement. Ce travail, quel qu'il soit, est celui qui sera le mieux indiqué pour servir de base à nos discussions dans la Commission de l'Union des Syndicats, et son auteur rendra un gros service à la cause médicale en venant collaborer avec nous à la rédaction *ne varietur*.

Dr H. J.

La mutualité et les médecins.

Notre confrère M. le Dr Toussaint (d'Argenteuil) consacre quelques pages du 8e numéro de la *Revue mensuelle de l'Inspection de l'enfance* à de nouvelles considérations sur les discussions du Congrès de Nantes. Il apprécie, ou cherche à expliquer, à sa façon, l'attitude de celui qu'il appelle le délégué des Syndicats médicaux à ce Congrès. Nous nous déclarons incompétent pour le suivre sur ce terrain parce que nous en sommes à ignorer, quoique Président d'un Syndicat et membre du Conseil de l'Union, que quelqu'un de nous ait été délégué à ce Congrès par les Syndicats médicaux.

Mais nous protestons, documents en main, quand notre confrère semble indiquer que notre langage varie suivant que nous parlons devant des mutuellistes (ou mutualistes) voir Larousse) ou devant des médecins.

Notre doctrine invariable est résumée dans les lignes suivantes que M. le Dr Toussaint peut lire à la page 756 du *Concours* de l'année dernière, nº 48, procès-verbal de l'Assemblée générale :

« Solidement campés et retranchés sur ce terrain, armés d'autre part du *Tarif ouvrier* qu'ils ont su faire reconnaître, ils répondent à toutes les collectivités par le dilemme suivant :

« Ou bien vous accepterez que nous organisions et assurions nous-mêmes votre service médical sur les bases que nous proposons, et vous l'accepterez par un contrat qu'il faudra respecter ;

Ou bien vous n'aurez pas de service médical, car nous n'y tenons nullement. Vous ne connaîtrez que vos adhérents, et nous aussi ne connaîtrons qu'eux. Vous saurez que nous leur réclamons des honoraires fixés par le *Tarif ouvrier*, et, sur ce renseignement, vous calculerez les cotisations qu'ils vous doivent et les indemnités auxquelles ils ont droit. »

C'est ce langage que nous tenons chez les médecins, au Concours, au « Sou », à l'Union des Syndicats, au Syndicat de l'arrondissement de Versailles.

Et c'est l'application du premier terme de ce dilemme que nous poursuivons, contre le seul confrère Toussaint, à la Commission mixte médico-mutualiste de l'arrondissement de Versailles, avec nos camarades Giberton-Dubreuil, Poursain, de Grissac et Pluyaud.

Aboutirons-nous ? En tout cas nous nous y emploierons jusqu'au bout puisque nous en avons reçu mandat.

Dans le cas contraire, les délégués du Syndicat se retireront laissant à celui-ci l'application du second terme du dilemme.

Si notre confrère M. Toussaint a besoin, pour croire à notre sincérité, que nous répétions ceci devant la Commission mixte, il n'aura qu'à venir l'entendre prochainement, car nous venons de solliciter la convocation de celle-ci avant l'assemblée générale d'octobre du Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Dr H. J.

L'assurance contre la responsabilité civile du praticien.

Puisque nous nous sommes fait un devoir de tâter le pouls des membres du Concours médical sur cette question controversée, nous n'hésitons pas à publier les opinions sous la forme même où elles nous sont adressées.

Jusqu'ici ce sont les partisans de l'assurance qui ont répondu.

M. le Dr Canard, de Pont-de-Veyle (Ain), nous écrivait dès le 26 août :

Monsieur et très honoré Confrère,

Je vous avais écrit il y a quelque temps au sujet de la responsabilité médicale et de l'assurance contre les risques de cette responsabilité.

Je suis heureux de voir remise sur le tapis une question qui a évidemment son importance.

Vous terminez votre article que je viens de lire par cette conclusion, que d'aucuns pourront trouver quelque peu amère : Confrères abstenons-nous, jusqu'au jour où, etc.

Abstenons-nous, je le veux bien, mais en attendant, les tribunaux vont-ils s'abstenir de condamner? et, s'ils ne s'abstiennent pas, qui paiera la pension ou l'indemnité ruineuse infligée au malheureux délinquant?

Et puis, il me semble que vous n'envisagez la responsabilité médicale que sous une seule face, la plus étroite, et sous un jour trop restreint. Les tentatives audacieuses de la thérapeutique et les initiatives hardies du médecin sont rarement l'objet de poursuites judiciaires, et il y a peu à craindre, je crois, que, de ce côté, notre liberté soit entravée.

Mais, par contre, qui nous garantit contre une erreur de diagnostic, point de départ d'une intervention malheureuse, contre un oubli, une distraction, une défaillance de mémoire, qui peuvent avoir les plus graves conséquences ? Or, comme il est un principe de droit indiscutable, c'est que « chacun est tenu de réparer le mal fait à autrui par sa faute ou sa négligence », il est incontestable que les tribunaux ont le droit de condamner le médecin à réparer les dommages causés par lui, et ils ne s'en font pas faute.

Donc, quelle que soit notre attitude, il est certain que nous serons de temps à autre poursuivis et condamnés.

Pourquoi alors nous draper dans notre dignité, nous abstenir et ne pas vouloir nous garantir contre ce risque professionnel. Payer 30 fr. à une société d'assurances, c'est beaucoup, mais enfin ce n'est pas ruineux, et je serais heureux d'être, après cet impôt annuel, libre de toute inquiétude de ce côté.

Mais pourquoi n'établirions-nous pas une sorte d'assurance mutuelle, comme le font par exemple les instituteurs, qui, moyennant une contribution individuelle de 0,50 cent. par an, sont à l'abri de tout risque provenant de leur responsabilité professionnelle.

Est-ce que les tribunaux sont plus sévères pour eux depuis qu'ils ont créé cette mutuelle qui réunit les 50,000 instituteurs de France ?

Ne pourrions-nous pas, au lieu d'une prime fixe, établir entre les adhérents une prime variable chaque année et proportionnelle aux condamnations encourues dans l'année, le fonds de réserve une fois constitué ? Alors pas de condamnation, pas de primes à verser; avec une indemnité de 10,000 fr. à payer, ce qui serait écrasant pour une seule bourse, nous paierions chacun une somme de 5 fr. si nous sommes 2,000 et de 1 fr. si nous sommes 10,000, ce qui n'est pas ruineux et serait encore moins onéreux que les tarifs des sociétés. Et puis, ne pourrions-nous pas, dans certain cas surtout, donner à cette coopération de tout le corps médical, le sens d'une véritable protestation ? Croyez-vous que cette protestation d'ensemble ne serait pas plus importante et plus efficace que les malédictions discrètes et isolées du seul condamné ?

Je vous livre ces réflexions pour ce qu'elles valent et vous leur ferez l'accueil qui vous conviendra. J'avoue cependant que je serais heureux de connaître l'opinion de mes confrères, et j'ajoute que je suis personnellement si désireux d'une solution que je préférerais au *statu quo* la société d'assurances avec toutes ses exigences et ses imperfections.

Nous avons assez d'autres préoccupations pour demander à avoir, dans la lutte et dans l'action, l'esprit tranquille en ce qui concerne les responsabilités pécuniaires.

Veuillez agréer, etc...

Dr Canard.

Deux jours plus tard, nous lisions ceci dans une lettre de M. le Dr Delthil, de Briare (Loiret).

Mon cher confrère,

Je lève les deux mains pour approuver le confrère Dupont qui a limpidement formulé dans sa lettre ce que je pensais moi-même.

Je serai heureux, le cas échéant, de demander au «Sou» de faire triompher les grands principes, et de m'élever sur leur pavois, mais, si j'en glisse et tombe à terre, je rencontrerai avec plaisir le filet de l'assurance car, devant votre fin de non-recevoir, j'ai cru devoir m'assurer à l'Urbaine, en faisant modifier sur l'imprimé que la compagnie met à ma disposition, quelques points de détail.

Nous ne devons pas oublier non plus, en dressant la liste des partisans de l'assurance, de rappeler qu'il existe aux archives du « Sou médical » une lettre écrite au nom de tous les chirurgiens d'une ville-faculté, pour nous convaincre de l'utilité de cette création.

Le referendum continue.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de la région de Bourg.

Compte rendu de la réunion générale du 21 juillet 1904.

Le jeudi 21 juillet 1904, le Syndicat médical de la région de Bourg tenait sa réunion semestrielle dans la salle du Bastion, sous la présidence du Dr Passerat, président.

Etaient présents : MM. les docteurs Agniel, Barbet, Boccard, Bouilloud, Colin, Démias, Dupré, Grosfilley, Meneault, Micaud, Nodet (Victor), Passerat, Pelletier, Pillard, Servas, Touillon, Vanhœgenborgh.

Le Dr Boudin, délégué du syndicat du Bugey, assistait à la réunion.

Le Dr Bourgeois s'était excusé.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans observation.

Le Président prend la parole pour faire connaître la situation morale du Syndicat et les principaux faits survenus depuis la dernière réunion.

Conformément aux décisions de la dernière assemblée générale, des circulaires conçues dans les termes et l'esprit indiqués par le groupe de Bourg ville, ont été adressées à toutes les sages-femmes de l'arrondissement pour leur rappeler qu'elles doivent borner leurs soins à la pratique des accouchements et des vaccinations.

Sur la demande du Dr Servas, une circulaire a été répandue dans les milieux ouvriers et chez les patrons pour rappeler les droits des ouvriers en cas d'accidents du travail.

Union des syndicats du Sud-Est. — La réunion définitive de constitution a eu lieu à Lyon le 29 mai dernier. Des statuts ont été présentés, votés et acceptés.

Conformément aux décisions prises et aux réserves faites à la dernière réunion, l'assemblée d'aujourd'hui aura à se prononcer sur son adhésion et, dans le cas affirmatif, à nommer un délégué.

Rapports avec les Syndicats voisins. — Ils sont toujours excellents. Il ne se fait pas chez nos voisins une réunion que votre bureau n'y soit invité et ne s'y fasse représenter.

Sociétés de secours mutuels. — La situation du corps médical vis-à-vis de ces sociétés n'a pas beaucoup changé.

Dans notre région, autour de Bourg, il n'y a rien à signaler ; du moins, le bureau n'a reçu aucune indication.

Dans la campagne immédiate de Bourg, plusieurs sociétés nouvelles ont accepté le tarif syndical ; actuellement, trois sociétés seulement refusent encore leur adhésion.

Mais à Bourg même, la situation n'a pas changé. Les Sociétés de secours mutuels continuent à ne pas s'entendre avec le Syndicat. De notre côté, nous continuons la lutte et traitons les membres de ces Sociétés qui demandent nos soins, comme des clients ordinaires. Mais, pour ne pas être lésés dans nos intérêts et notre dignité, nous avons été amenés à des mesures précises pour la remise de nos notes d'honoraires et leur perception par un receveur syndical.

On ne peut prévoir la fin du conflit ; mais devant les difficultés rencontrées pour faire triompher nos justes revendications et soutenir une lutte longue et tenace, on ne peut qu'admirer et applaudir la puissance de l'*union*. Sans la force et les liens syndicaux, nous aurions échoué et nous continuerions à être exploités, tandis que maintenant nous pouvons avoir toute confiance, assurés de notre force et de notre cohésion.

Assistance médicale gratuite. — Cette question a été soulevée au conseil général de l'Ain Les réclamations du conseiller général d'Oyonnax visaient seulement les dépenses pharmaceutiques un peu exagérées ; mais un autre conseiller général en a profité pour appeler l'attention sur le tarif médical qu'il trouvait trop élevé.

Or, ce conseiller général est médecin, versé depuis peu dans la politique ; mais je me hâte d'ajouter qu'il ne fait partie d'aucun syndicat médical.

L'émotion du corps médical a été vive et le syndicat de Trévoux a cru devoir manifester *plus que son étonnement.*

Averti de la nomination d'une commission pour la révision des tarifs pharmaceutique et médical, le bureau du Syndicat, de concert avec celui des autres syndicats du département, a demandé à être entendu.

Une première réunion de la Commission ayant eu lieu, nous avons pu, grâce à la diligence de notre confrère d'Oyonnax, le Dr Boudin, être entendus à titre consultatif et apprendre que le 18 août les trois syndicats de l'Ain seraient entendus officiellement.

Nous avons insisté sur les points suivants : *Rémunération à la visite* ; *liberté du malade dans le choix de son médecin* ; *application de la loi à toutes les communes* ; *participation des médecins à la confection des listes et recours aux syndicats médicaux pour la solution de toutes les difficultés.*

Cette question de l'Assistance médicale étant à l'ordre du jour, vous aurez à donner votre avis et arrêter une ligne de conduite.

Je suis heureux de constater que les syndicats sont officiellement reconnus au Conseil général, et j'espère que cet exemple pourra avoir une influence sur d'autres corps qui affectent d'ignorer notre existence.

Recrutement. — A la dernière assemblée, je disais que notre Syndicat conservait sa vitalité et, que plus d'un dissident se servait de nos tarifs pour appuyer ses réclamations. Je suis heureux aujourd'hui de voir que trois adhérents nouveaux demandent à se joindre à nous.

Exercice illégal. — Un congrès pour la répression de la médecine illégale doit avoir lieu dans quelque temps. Les questions qui y seront traitées nous intéressant plus ou moins directement, il serait peut-être utile que le syndicat y fût représenté. Or, nous avons la chance d'avoir parmi nous un confrère qui a l'intention d'y assister. Nous pourrions avec avantage le charger de nos intérêts et le prier de nous représenter ; c'est le Dr Boudin, d'Oyonnax.

Vie régionale. — Le groupe de Bourg-ville ayant des intérêts et des soucis spéciaux a tenu plusieurs réunions particulières pendant lesquelles ses membres ont pu discuter et arrêter une ligne de conduite. Il serait à désirer que les différents groupes puissent agir de même en cas de besoin.

L'ordre du jour amène les questions suivantes :

I. — *Du mode de recrutement des médecins chargés des services hospitaliers.* — Le Dr Meneault, de Pont-de-Vaux, lit son rapport. Laissant de côté les hôpitaux des grandes villes, les hôpitaux militaires, spéciaux ou appartenant à l'État, les hospices particuliers, il s'occupe des hôpitaux les plus nombreux, c'est à-dire des hôpitaux des chefs-lieux de département, d'arrondissement ou de canton.

Dans ces derniers, les commissions administratives sont souveraines maîtresses pour le choix et les nominations des titulaires qui sont ratifiées par la préfecture.

« Comme la perfection n'est pas de ce monde « et qu'il se peut bien parfois que dans ces « nominations l'arbitraire, le népotisme, les « attitudes politiques, bref, la faveur, entrent « pour une certaine part, nous avons cru bon de « rechercher s'il n'y avait pas lieu de trouver « mieux et d'exprimer certains desiderata. »

Le rapporteur examine et discute les moyens suivants : le concours sans restriction, le concours entre praticiens du département, de l'arrondissement, de la ville, le concours sur titres, le libre choix du médecin par le malade, pour arriver aux conclusions.

La plus simple des solutions consiste à conserver le mode de recrutement actuel du personnel hospitalier tel qu'il fonctionne aujourd'hui, en demandant :

1° Que les commissions hospitalières veuillent bien prendre, avant de fixer leur choix, l'avis consultatif du corps médical, représenté ou non par un syndicat ; le candidat étant ainsi désigné par ses pairs.

2° Que les titulaires puissent être secondés dans leur service par un ou plusieurs adjoints susceptibles de leur succéder.

Pour la nomination de ces adjoints et leur titularisation, le Syndicat émet le vœu que les commissions veuillent bien prendre l'avis du Syndicat médical ou à son défaut du corps médical de la région.

Après discussion, les conclusions du rapporteur sont acceptées, et l'assemblée décide qu'elles seront communiquées aux commissions des différents hospices de la région.

II. *Règles de déontologie.* — Après lecture et dis-

cussion, l'assemblée approuve les règles de déontologie suivantes :

1° Les visites et consultations à jour fixe, aussi bien dans une commune où réside un confrère que dans une localité dépourvue de médecin, sont interdites comme portant atteinte à la dignité professionnelle et pouvant constituer une concurrence peu loyale (Assemblee généra le de juin 1903, rapport du Dr Canard).

2° La qualité de client ne dure que pendant la maladie actuelle.

3° Le cabinet est un terrain neutre où le médecin peut donner des conseils à tous ceux qui lui en réclament.

4° Le médecin qui remplace un confrère sur sa demande ou avec son assentiment s'interdit par là même d'accepter sa succession auprès du malade en traitement, ou auprès d'un membre de l'entourage immédiat de ce malade pendant la maladie actuelle.

5° Tout médecin appelé auprès d'un malade, s'il est prévenu ou s'il apprend que c'est en l'absence du médecin ordinaire, peut se rendre à cet appel en cas d'urgence ; mais, dès le retour du médecin traitant il ne devra revoir le malade qu'avec l'assentiment de son confrère.

6° Tout médecin appelé auprès d'un malade dans le cours d'une affection aiguë ou chronique, *s'il est prévenu* ou *s'il s'aperçoit* que le malade est déjà en traitement, doit faire tous ses efforts pour faire rappeler le médecin traitant.

Ce n'est que dans le cas où le malade ou sa famille manifestent *formellement* le désir de changer de médecin, que le nouvel appelé pourra continuer à voir le malade ; *mais il devra avertir sans délai le confrère auquel il succède.*

7° Le médecin traitant ne doit jamais refuser une consultation : il peut proposer un consultant, mais acceptera toujours celui qui sera proposé par la famille, pourvu que son honorabilité personnelle et professionnelle soit indiscutable.

8° Le médecin appelé en consultation par le médecin traitant ou par la famille ne devra retourner voir le malade que s'il est rappelé à nouveau par le médecin traitant ou autorisé par lui.

9° Au cas où le malade et sa famille déclareraient *formellement* changer de médecin traitant, le consultant pourra se charger du traitement seul ou avec un nouveau confrère : *mais à la condition d'avertir sans délai le confrère évincé.*

III. *Assistance médicale gratuite.* — L'Assemblée, mise au courant de la situation est d'avis d'éviter tout ce qui pourrait tendre à « fonctionnariser » la médecine. Dans cette intention, il est important d'insister sur la rémunération à la visite, la liberté du malade pour le choix du médecin, l'application intégrale de la loi d'assistance et la conservation du tarif actuel qui est le minimum compatible avec la dignité professionnelle.

IV.— L'Assemblée vote l'adhésion du Syndicat de la région de Bourg à l'Union des syndicats du Sud-Est et nomme le Dr Victor Nodet pour le représenter.

Le Secrétaire est chargé de notifier cette adhésion et cette nomination au bureau de l'Union.

V. — Le Dr Grosfilley appelle l'attention sur les rapports des médecins syndiqués avec les Sociétés de Secours Mutuels qui ont rompu avec le Syndicat Médical. Il est d'avis que les syndiqués cessent de payer les cotisations de membres honoraires de ces Sociétés. La proposition du Dr Grosfilley est acceptée et il est convenu que les membres du Syndicat refuseront individuellement de payer quand on leur présentera la quittance de membre honoraire des Sociétés de secours mutuels non adhérentes.

VI.— Le Dr Boudin, prié de représenter le Syndicat de Bourg au Congrès contre l'exercice illégal de la médecine, accepte avec plaisir de soutenir nos intérêts communs.

VII. — *Présentation de nouveaux membres.* — Trois jeunes confrères sont régulièrement présentés : ce sont MM. les Docteurs Armand, de Lagnieu, présenté par MM. Touillon et Micaud.

Pitres, de St Julien-sur-Reyssouze, par MM. Touillon et Agniel.

Tigniel, de Jujurieux, par MM. Démias et Bouilloud.

Conformément aux statuts, la prochaine Assemblée générale votera sur l'admission de ces trois nouveaux membres.

Le Président. Dr PASSERAT. — *Le Secrétaire.* Dr SERVAS.

CORRESPONDANCE

Acquisition de clientèle.

Monsieur le Dr Jeanne,
Rédacteur en chef du *Concours Médical*,

Bien qu'abonné depuis quelques mois seulement au *Concours*, j'ai déjà recours à vos bons offices ; la raison, du reste, en est claire et impérieuse : je viens d'être reçu docteur, et ce n'est pas sans appréhension que je songe à ma prochaine installation. Cherchant de côté et d'autre, je crois avoir trouvé ce qui me conviendrait le mieux et ne serait que l'application d'une idée émise plusieurs fois au *Concours*. Je serais heureux de trouver à Paris ou dans les environs un confrère âgé ou fatigué, ayant une clientèle nombreuse et qui, prévoyant le moment où il va se trouver obligé de la restreindre, accepterait l'aide d'un jeune confrère exerçant sous sa direction. Cela en échange d'une rémunération fixe, et d'un tant pour cent qui pourrait augmenter chaque année de telle façon qu'au bout d'un temps à déterminer la clientèle appartienne au jeune médecin, le confrère pouvant toujours conserver quelques clients pour s'occuper. La cession se ferait ainsi progressivement et l'indemnité se trouverait représentée par les bénéfices qui pourraient être réalisés.

La chose ne me paraît pas impossible, et serait, je crois, avantageuse pour les deux parties : si c'est aussi votre avis, je vous serais très obligé de faire mettre un avis dans votre journal. J'ai déjà un peu d'expérience de la clientèle, parce que j'ai fait de nombreux remplacements ; d'autre part, je suis souvent retourné chez les mêmes médecins ou chez des confrères du voisinage.

Je vous prie d'excuser la peine que je vous donne et d'agréer les salutations de votre jeune confrère.

Dr VERY,
15, rue du Sommerard, Paris.

Nous publions cette lettre en sollicitant de tous ceux qui se sont occupés de la question qui y est exposée leurs aperçus personnels.

Le Dr Very ouvre la carrière, à nos collègues de le suivre.

C'est la question du stage médical qui ressuscite.

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Saint-Julien-de-Concelles (Loire-Inférieure.)
31 août 1904.

Mon cher Confrère,

Vous demandez des faits d'exercice illégal : si c'est dans l'intention de vous y opposer, je pense que vous vous faites de nobles illusions sur le résultat que vous obtiendrez. Quoi qu'il en soit, en voici un :

Je viens de revoir par hasard un de mes clients qui, l'année dernière, était venu me consulter à plusieurs reprises pour un bobo de son appendice nasal qui disparaissait avec une pommade au calomel quelconque, revenait ensuite avec une persistance décourageante, si bien que j'avais fini par lui conseiller d'aller à Nantes, consulter notre confrère Malherbe, un de nos meilleurs peaussiers.

Malheureusement, le dit confrère, voulant probablement faire une abrasion de cette peau récalcitrante, eut la fâcheuse idée de proposer une petite *opération*.

Ce malencontreux vocable, qui terrifie les plus courageux de nos paysans, fit s'enfuir celui-ci et le dirigea tout droit vers Mortagne, charmante petite bourgade vendéenne, où pratique de mère en fille une guérisseuse en renom, qui, au moyen d'un emplâtre arsénical quelconque, vous enlève *sans opération* tous les cancers passés, présents, futurs, nouveaux et bien d'autres choses encore.

Mon bonhomme eut donc la joie de voir tomber son bobo, et non seulement son bobo, mais ce qui était dessous. En sorte qu'au lieu d'avoir comme tout le monde deux ouvertures à son nez, il en a trois aujourd'hui et pourrait se passer un joli anneau dans son appendice.

Vous croyez peut-être qu'il n'est pas content.

Grave erreur, Monsieur, il est enchanté, car il a la preuve que son mal allait bien plus profond que je ne le croyais.

Et nunc erudimini.

Veuillez agréer, etc.

Dr Lecerf.

Nous l'avons déjà dit, mon cher confrère, et comment aurions-nous pu nous en abstenir : nous ne poursuivons pas la découverte du sérum contre la bêtise humaine, et d'ailleurs nos principes de tolérance nous défendent de nous inscrire en faux contre l'exercice libre du *vult decipi*.

Mais le devoir nous commande de confier à nos législateurs et aux magistrats les intérêts vitaux des pauvres d'esprit, clients des sorciers et des médicastres, en mettant ces derniers dans l'impossibilité de nuire.

Cette tâche, nous la poursuivrons au Congrès de 1905 ; nous comptons sur la réussite, et notre satisfaction viendra d'y avoir été pour quelque chose.

N. D. L. D.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès de Sauvetage et de Secours publics (25 septembre au 2 octobre). — L'ouverture du Congrès de Sauvetage et de Secours Publics aura lieu au Grand-Palais des Champs-Elysées le 25 septembre prochain sous la présidence de M. Piettre, sénateur et de M. Féron, député, assistés du délégué général : Dr Frébault.

Le Congrès est divisé en 6 sections :

1° Sauvetage fluvial ; président : Dr Piettre, sénateur ; 2° Sauvetage en cas d'incendie avant l'arrivée des pompiers ; président : M. Guesnet ; 3° Sauvetage maritime ; président d'honneur : Vice-Amiral Duperré, président : M. André Lebon, ancien ministre, président de la Cie des Messageries maritimes; 4° Secours sur la voie publique, dans les théâtres, les voies ferrées ; président d'honneur : Docteur Thoinot, Directeur des Secours publics à Paris, président Dr Floquet, médecin en chef du Palais de justice ; 5° Sauvetage en temps de guerre terrestre et Maritime ; président : Dr Bazy, chirurgien des hôpitaux ; 6° Secours dans les usines ; président : M. Dumont, président de l'Association des Industriels de France.

Toutes les communications intéressant le Congrès doivent être adressées au Dr Grunberg, secrétaire général du Comité d'organisation et les adhésions au Dr Cornet, au Grand-Palais des Champs-Elysées.

Bazar calicot-médical (*à propos du congrès de 1905*). — Les médecins et les pharmaciens se lamentent avec une unanimité véritablement touchante sur les empiètements incessants des magnétiseurs, rebouteurs, somnambules, curés et religieuses sur leur domaine. Ils se groupent, se syndiquent, se disputent, alors qu'il faudrait discuter, il n'est pas jusqu'aux congrès qui ne donnent, mais, méfions-nous c'est *la réserve* ; quand nous aurons épuisé ce dernier moyen de défense, nous en serons réduits à capituler. Et souvenez-vous bien que nos communs ennemis retireront de notre défaite un nouveau prestige, auprès du peuple imbécile qui se complaît toujours dans le mystérieux. Il est d'après lui de toute évidence que le monsieur qui a fait vœu de recommander le produit auquel il doit la guérison de ses crampes d'estomac, de son mal de dents ou de ses cors aux pieds, est bien plus digne de foi que le vulgaire médecin, qui n'a aucun mérite à vous guérir, puisque *c'est son métier*.

Il est toute une autre catégorie d'industriels qui est en train de nous miner sournoisement et que nous semblons ignorer. Ce sont les grands magasins, ces bazars où l'on trouve de tout : articles d'habillement, de ménage, de chauffage, de jardin ou d'écurie rien n'y manque.

Mais ce qui me semble plus surprenant c'est de trouver parmi tous ces articles hétéroclites, des objets que nous étions habitués à ne rencontrer que dans les pharmacies : De l'acide borique, aux ceintures de Glenard, pour reins flottants, en passant entre temps par la gamme des bas à varices, de l'ouate hydrophile et du crêpe de Velpeau, j'en passe et des meilleurs. Mais, souvenez-vous toujours médecins, mes frères, *que la mort du pharmacien sera la mort de son jumeau le médecin.* » Et que d'ici peu si nous ne nous entendons pas loyalement, nous verrons s'installer entre le buffet où l'on débite des sirops variés, et le salon de lecture où se préparent et se mijotent tant d'avaries, un cabinet où se donneront des consultations gratuites. Voilà où nous courons à grandes enjambées ; serrons les rangs et ne rions pas toujours des congrès ; nous seuls sommes ridicules, qui les ridiculisons par nos jeux de mots et notre insouciance coupable. (*Le Médecin.*)

N. D. L. R. — Nous ne sommes pas encore morts de sitôt, confrère, pour le bien, malgré eux, de nos semblables.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Capron, de Chaumont-en-Vexin (Oise) et Vallet, de Saint-Jean-de-Liversay (Char.-Inf.), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année | N° 38 | 17 SEPTEMBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : D[r] A. CÉZILLY,

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'organisation légale de la vaccination.

Préfets et Conseils généraux sont en train de tirer du règlement d'administration publique sur la vaccination, des décrets et circulaires, etc., une bonne petite organisation administrative, dont les médecins auront à payer les frais s'ils ne se remuent pas pour la résistance.

La circulaire ministérielle disait :

« Mais, tout d'abord, une remarque s'impose. En rendant la vaccination obligatoire, la loi n'a nullement entendu la rendre exclusivement tributaire de l'autorité publique. *C'est seulement à défaut de l'initiative individuelle ou de la participation normale du Corps médical dans la pratique des vaccinations et revaccinations que l'administration a le devoir de procurer gratuitement et périodiquement aux familles les ressources nécessaires à ces opérations.* »

Appuyés sur la loi et sur l'avis formel ainsi exprimé par le Gouvernement, nous ne voyons pas pourquoi les Syndicats médicaux ou les médecins agissant personnellement s'inclineraient devant les fantaisistes réglementations départementales qu'on signale de divers côtés. M. le D[r] Gassot nous avertissait le premier de ce danger, il y a six mois ; nous avons vu depuis ce que l'on préparait : la vaccination à cinq sous dans le Doubs, dans le Gard, à six sous dans la Seine-Inférieure ; la politiquaillerie empêchant la *participation normale du Corps Médical* pour la réserver aux favoris du jour, par création de circonscriptions et de fiefs qui, dans certains cas où ils comprennent un arrondissement ou un département, deviennent des monopoles moyen-âgeux.

Notre confrère, M. le D[r] Granjux, passait dernièrement la revue, dans le *Bulletin médical*, de ces réglementations inutiles et surannées dans leurs tendances : comme toujours, il s'est trouvé des médecins pour les lancer, et c'est le contraire qui nous étonnerait.

Mais, nous protestons avec lui de toutes nos forces contre ces élucubrations, au nom de la santé publique et au nom de l'intérêt général des médecins.

Et, s'il faut s'efforcer de venir en aide aux organisateurs animés de bonnes intentions, nous n'hésitons pas à proposer les principes suivants, textuellement copiés dans un curieux *Projet de règlement d'hygiène intercommunal* que veulent se donner 26 communes d'un canton mi-urbain mi-rural.

« Dans chacune des communes, les parents, tuteurs, nourrices, gardiens ou responsables des enfants âgés d'un an doivent présenter à la mairie ou tenir à la disposition de celle-ci les certificats constatant que ces enfants ont été vaccinés avec succès par leur médecin, qui est nommé vaccinateur.

« Vaccination et certificat auront été assurés aux enfants indigents ou assimilables par les médecins de l'Assistance, tous préalablement nommés vaccinateurs par le Préfet.

« Même obligation existe au sujet des enfants de onze ans révolus et des habitants ayant accompli leur vingt et unième année, pour les revaccinations, dont ils ont été l'objet à ces deux âges.

« Les opérations de vaccination s'inspireront

des prescriptions prévues par les règlements d'administration nés de la loi de 1902.

« Les certificats seront enregistrés à la mairie, puis rendus aux familles qui seront invitées à les conserver pour être produits à toute demande : des duplicata en seront délivrés en cas de perte.

« En cas d'épidémie, le maire poussera de toutes ses forces à la revaccination des personnes de tout âge et spécialement de celles qui n'ont pas été revaccinées depuis longtemps

« Le maire assurera gratuitement et périodiquement le bénéfice de l'immunisation, par des séances publiques, aux indigents ou assimilables, aux passagers pauvres et aux personnes qui, pour des motifs reconnus valables, auront été dans l'impossibilité de fournir leur certificat en temps utile : il fera de même certifier les résultats. »

Un point, c'est tout.

Ici, on le voit, le fonctionnaire responsable c'est le maire, non le médecin. Est-ce logique, oui ou non ? La dépense ? Mais il n'y en a pas de nouvelle, ou elle est insignifiante. C'est le budget de l'Assistance qui devait payer les vaccinations pour les pauvres ; ce sera le budget de l'hygiène : un crédit qui change de chapitre, légèrement augmenté, et voilà tout. En dehors de là, rapports habituels conservés entre les familles et leurs médecins, entre le citoyen et la municipalité. Pas de vexations, pas d'abus, pas de fonctionnaires nouveaux.

Et que peut-on relever dans tout cela qui s'oppose à la généralisation du canton au département et du département à tout le pays ?

H. J.

P.-S. — Le Conseil général de Seine-et-Oise étudie un projet conçu dans cet esprit. Nous le donnerons en exemple au prochain numéro.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'efficacité de la trépanation dans les fractures du crâne nettement diagnostiquées.

MM. les Drs Hardouin, de Daon (Mayenne) et Pasquier, de Saint-Martin-du-Bois, ont publié, dans l'*Anjou Médical*, une très intéressante observation de fracture du crâne avec perte de substance cérébrale, ablation d'esquilles par trépanation et guérison sans troubles cérébraux. Leur succès leur a suggéré les réflexions suivantes :

1° Le médecin devra souvent faire preuve de courage pour intervenir sans grand espoir, malgré l'entourage peu enclin aux interventions sanglantes.

Il aura souvent un beau succès, qui sera sa récompense.

2° La question de milieu ne doit point faire différer une intervention urgente ; il suffira d'exagérer encore la minutie des précautions habituelles.

3° Le cas actuel nous prouve qu'une perte même notable de substance cérébrale n'est pas incompatible avec la vie, qu'elle peut même ne pas s'accompagner de troubles consécutifs graves ; le tout restant sous la dépendance de l'endroit lésé.

4° Peut-être y a-t-il simple coïncidence, mais les symptômes généraux se sont amendés au moment de la production d'une hernie cérébrale.

Peut-être, au contraire, la décompression a-t-elle été cause de l'amélioration.

FEUILLETON

L'extraction des dents.

(*Suite*).

Voir les nos 17 et 24.

Mâchoire inférieure.

A part les premières grosses molaires et quelques dents de sagesse, l'extraction des dents de la mâchoire inférieure est ordinairement facile.

Au point de vue de l'instrumentation, je les diviserai en deux groupes seulement : le premier, comprenant les incisives, canines et prémolaires ; le second, les grosses molaires.

Premier Groupe.

Une courte description des racines me paraît, ici, non moins utile que pour la mâchoire supérieure.

Les dents humaines sont, comme on sait, formées par l'agglomération de dents coniques, ou plutôt biconiques, dont la dent *surnuméraire* nous apparaît comme le proto-type. Toutes les dents de ce groupe sont formées par la réunion de deux dents semblables ; l'antérieure un peu plus volumineuse que la postérieure. La canine elle-même, loin de représenter, comme on l'a dit, la tradition morphologique, *l'unité dentaire*, obéit à la même loi, comme en témoignent le sillon longitudinal, bi-latéral, indiquant la ligne de soudure, et, mieux encore, la bifidité, ou même la *division complète* de la racine, que j'ai rencontrées plusieurs fois (1).

Il résulte de cette conformation qu'au lieu d'être simplement *aplaties* latéralement, leurs racines prennent une forme triangulaire, et leur face postérieure, formant le sommet du triangle, est rétrécie au point que, pour les incisives par exemple, elle n'a souvent, *à la partie moyenne*, guère plus de 2mm à 2mm 1/2 de diamètre, contre 3mm à la face antérieure ; 3mm contre 3mm 1/2 à 4mm pour les canines et les petites molaires.

La même particularité (inégalité des faces antérieure et postérieure) existe également à la mâchoire supérieure.

Ces quelques considérations anatomiques ne sont

(1) D'après ces données, rigoureusement vraies, les mâchoires de l'homme sont armées de deux rangées concentriques de dents, soit *environ* 88, mais soudées deux par deux ou quatre par quatre, revêtant des formes variées, appropriées à son genre de nourriture, au lieu d'être simplement indépendantes, comme chez le requin. Pour les dents comme pour d'autres organes, on peut donc suivre la transition. On a, du reste, retrouvé un animal aujourd'hui disparu, ayant des dents invariablement coniques ; l'homme, lui-même, présente assez souvent des cas de réversion semblables (*dents surnuméraires, incisives latérales et dents de sagesse supérieures*).

5° Les méninges semblent se réparer et se cicatriser à merveille, puisqu'en trois jours nous avons vu s'obturer un orifice d'un centimètre de diamètre.

Suralimentation sucrée en thérapeutique.

De nombreuses recherches chimico-biologiques ont montré l'action véritablement nutritive et tonique du sucre sur l'organisme, à condition que cet organisme soit soumis à un exercice intense et prolongé. M. le Dr Toulouse a cherché à déterminer la valeur diététique de cette substance dans les divers états morbides où il faut combattre l'amaigrissement. (*Quinzaine thérapeutique.*)

A des névropathes amaigris, il a donné du sucre à doses élevées en plus de la ration d'entretien consistant en aliments ordinaires ou en régime lacté ; ces doses ont varié de 50 à 300 grammes, représentant, pour certains sujets, jusqu'à 8 grammes de sucre par kilogramme du corps.

Les résultats ont été remarquables. Les malades grossissaient, dès l'institution du régime, de 100 grammes par jour, en moyenne. A certaines périodes et chez certains sujets, cette augmentation était de 500 grammes, par conséquent supérieure au poids du sucre ingéré. Des malades ont ainsi récupéré jusqu'au tiers de leur poids, passant en quelques mois de 35 à 48 kilogrammes. C'est avec le régime lacté à trois litres par jour que le sucre a eu l'action la plus intense.

Pendant la suralimentation sucrée, l'examen des urines indiquait généralement un abaissement du taux des matières azotées, sans que les rapports parussent sensiblement modifiés. Ces doses élevées de sucre ne passent pas dans les urines chez les individus sains.

Les inconvénients, plus théoriques que pratiques, du sucre, fermentations stomacales, troubles digestifs, etc , n'ont pas été observés.

Ces expériences fort intéressantes montrent à quelles doses on peut manier le sucre dans l'alimentation thérapeutique. Il est un agent prodigieusement actif et sans inconvénients visibles dans tous les états de dénutrition profonde et notamment dans les cas où les individus s'alimentent mal, même par suite de troubles digestifs.

Malgré ces heureux résultats, il faudrait toutefois se garder d'un enthousiasme exagéré pour la suralimentation sucrée.

M. le Dr Albert Titi, du corps de la marine, a fait de nombreuses, consciencieuses et très rigoureuses expériences sur les conditions où l'alimentation sucrée peut être favorable ou défavorable. Or, voici ce qu'il affirme :

« Si le sucre, comme agent de chaleur et d'énergie musculaire, est utile aux sportmen, aux troupes en campagne, aux animaux de traction, il est nuisible, d'un autre côté, à la majorité des hommes de l'époque actuelle, qui craignent les intempéries, ne se donnent aucun exercice musculaire véritable et arrivent vite au surmenage de l'esprit. Le sucre est bien le facteur d'excitation et de déminéralisation que nous recherchions : il est l'origine du diabète ; c'est lui qui favorise le développement des bacilles de Koch, non seulement dans les laboratoires, mais chez les animaux et les hommes, et, ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que le traitement des tuberculeux est heureusement favorisé par sa suppression.

« En conséquence s'imposera désormais à notre attention une prophylaxie spéciale de la tuberculose basée sur la nature du terrain. *Moins de sucre et de féculents dans l'alimentation actuelle ; plus d'exercices musculaires et d'exposition aux*

---

pas seulement intéressantes au point de vue spéculatif, elles ont aussi un intérêt pratique, donnant la clef de certaines difficultés de l'extraction. Personnellement, je n'ai qu'à me féliciter d'avoir suivi leurs indications, touchant mes daviers, dont le mors buccal est plus étroit que le mors vestibulaire.

Les racines des quatre incisives sont généralement assez courtes, mais, il est bon de ne pas l'ignorer, celles des canines et des prémolaires *peuvent* atteindre *seize à dix-huit* millimètres ; elles sont souvent recourbées en dehors (incisives et canines) ou en arrière (petites molaires), *friables*, en raison de leur moindre épaisseur, et il ne suffit pas de les saisir au collet.

Choix des daviers. — Les daviers généralement préférés aujourd'hui, avec raison, sont les daviers d'*Evrard* (fabricant français établi à Londres), dits *à bec de faucon et à goupille*, dont les mors, se recourbant à angle presque droit, sont situés à l'extrémité de l'*axe* de l'instrument, l'un en arrière (mors vestibulaire), l'autre en avant (mors lingual ou buccal), et non sur les côtés. Au lieu que la dent soit masquée par le manche de l'instrument, cette disposition permet d'en bien suivre l'application et ne pas s'égarer sur les parois alvéolaires ou sur les dents voisines.

Au davier destiné à ce premier groupe, je ferai cependant un double reproche : les mors ne sont pas assez étroits, ils sont arqués, ne se *moulent* point, par conséquent, sur les racines, ne les embrassent pas dans toute leur longueur, lorsqu'ils sont fermés sur elles. MM. Contenau et Godart ont heureusement remédié à ce double vice, en faisant fabriquer, sur mes indications, un davier répondant parfaitement au but où doit tendre tout bon davier.

Position du patient. — Le patient doit être assis sur un fauteuil assez bas pour que sa mâchoire soit à la hauteur du coude de l'opérateur (le coude étant maintenu près du corps).

Premier temps.

Le davier, tenu comme je l'ai indiqué précédemment, est appliqué de même au collet de la dent, en même temps que la main restée libre, saisit fortement le maxillaire, le pouce sur les dents *les plus proches*, ou le rebord alvéolaire, s'il n'y a pas de dents, les autres doigts sous le bord inférieur du maxillaire, *au niveau de la dent à extraire.* Cette façon de soutenir cet os permet, d'abord, de pouvoir s'aider aisément du pouce pour faire pénétrer les mors de l'instrument, ensuite, *d'empêcher toute fracture de la mâchoire*, fracture qui, pour être rare, s'est vue quelquefois, assez récemment même, entre des mains pourtant exercées. Cet accident me paraît absolument impossible, si l'on ne s'écarte pas de ce *modus operandi*, si simple et si facile, en se mettant bien en face de la dent, au lieu de se tenir à distance, devant le malade, par exemple, lorsqu'il s'agit d'avulser la première grosse molaire. Je n'invente pas, je l'ai vu maintes fois !

Le davier, inutile de le répéter ici, doit être enfoncé délibérément, vigoureusement et profondément, *comme si on voulait transpercer la mâchoire*, surtout s'il s'agit des canines ou des prémolaires. Pour ce

*

agents physiques ordinaires ; *moins de tension intellectuelle et morale*, telle est en résumé la nouvelle prophylaxie, dont le temps seul peut faire connaître la valeur.

« Je voudrais que la prophylaxie ne s'appliquât pas seulement à la destruction des bacilles, à la modification du terrain prétuberculeux, mais au maintien de l'homme sain et robuste dans son état de santé. Elle se fondrait pour ainsi dire dans l'hygiène générale. C'est qu'en effet la nécessité s'impose de surveiller l'homme indemne de toute tare et de prédisposition manifeste, depuis que l'observation a montré qu'il peut, lui aussi, être emporté brutalement par une tuberculose aiguë. »

Les méthodes de conservation du lait.

On sait que plusieurs procédés scientifiques ont été recommandés pour essayer la conservation du lait : la réfrigération, la pasteurisation, l'oxygénation par la méthode Renard ; MM. Nicolle et Ducloux ont étudié expérimentalement la valeur de ces divers procédés, et d'après ces recherches, ils admettent que l'eau oxygénée est un moyen très efficace de conservation du lait. Mais ce moyen, s'il empêche la pullulation des microbes exogènes, n'est pas suffisant pour la destruction des endogènes. Nicolle et Ducloux le prouvent par une série d'expériences que nous résumons : Ils ont ensemencé du lait recueilli aseptiquement et porté pendant 12 heures à la température de 15°, avec des microbes dont la présence a déjà été signalée anormalement dans le lait : bacille de Koch, bacille d'Eberth, bactérium coli, vibrion cholérique, bacille pyocyanique, bacilles cyanogène et prodigiosus. Ils ont ensuite additionné les tubes d'eau oxygénée à 2 % et les ont portés 24 heures à l'étuve. L'examen a permis de constater que les tubes témoins et en expérience avaient été de bons milieux de culture. Donc, l'addition d'eau oxygénée au lait, à dose suffisante pour une conservation passagère, donne une fausse sécurité au point de vue de la destruction des microbes pathogènes que le lait contient. Certes, il serait utile que la méthode soit expérimentée sur des enfants du premier âge pour tirer des conclusions définitives de ces expériences, soit au point de vue de l'innocuité des laits de vaches ainsi préparés, soit au point de vue de la digestibilité. Cependant, il n'est pas douteux qu'en mettant en parallèle les bienfaits et les inconvénients de la méthode de M. Renard avec les procédés usités actuellement pour la conservation du lait (pasteurisation, réfrigération), l'avantage semble rester à l'une de ces dernières méthodes, la pasteurisation surtout, dont la simplicité et les heureux résultats ne peuvent être mis en doute.

On sait, en effet, comme l'ont dit Legendre et Biola, que la rétention des pigments biliaires au niveau du tissu conjonctif constituerait le premier acte de la réaction de l'organisme, mais leur persistance à ce niveau causerait un danger.

La thérapeutique doit donc faire deux choses :

1° Désinfecter le tube digestif et partant les voies biliaires :

2° Faire évacuer les pigments biliaires.

Les grands lavements froids, répétés plusieurs fois dans la journée, parent à cette double indication. En effet, ils évacuent l'intestin d'une part ; d'autre part, grâce à l'eau absorbée, ils favorisent la diurèse, et, de la sorte, désintoxiquent l'organisme.

Ces lavements se font comme l'entéroclyse avec une grande seconde rectale en caoutchouc rouge. Après avoir fait passer 200 grammes d'eau, on la

---

faire, beaucoup d'opérateurs se servent du pouce de la main gauche appliqué sur le davier à l'articulation. Bien que cela me semble inutile, je ne saurais le blâmer : tous les moyens sont bons, aucune aide n'est à négliger, dans l'exécution de ce premier temps, dont j'ai dit l'importance.

Deuxième temps

Ici, comme en haut, deux méthodes.

La première, la plus usitée, la méthode classique, consiste à ébranler la dent en élevant et abaissant successivement la main. Je n'en dirai pas trop de mal, devant la conseiller plus loin, mais elle n'est pas sans danger, donne lieu à bien des mécomptes, pour les raisons sur lesquelles je me suis assez longuement étendu, à propos des extractions du même groupe à la mâchoire supérieure, sans avoir à y revenir (méthode du jardinier).

Je vous conseille encore de procéder d'abord par secousses, comme si vous vouliez, tour à tour, attirer la dent vers vous et la repousser.

Troisième temps.

Même recommandation que précédemment, et plus encore ! Il ne faut pas tirer trop fort ; si le patient venait à rapprocher les mâchoires (et même sans cela), vous risqueriez d'aller heurter les dents opposées.

Si la dent résiste, enfoncez un peu plus les mors, écartez davantage les parois alvéolaires, et, vous rappelant que les racines sont souvent recourbées en dehors, essayez un léger mouvement tournant dans ce sens, *en soulevant* l'organe et *non pas en cherchant à le renverser à le coucher* en avant, prenant un point d'appui sur le bord alvéolaire, comme cela se pratique couramment et fait hurler le malade.

Deuxième Groupe

Premières grosses molaires.

Ces dents ont deux racines, l'antérieure (médiane, l'autre postérieure (distante) un peu moins volumineuse que l'antérieure.

Si les couronnes ont quatre tubercules (quelquefois cinq), chacune de ces racines est formée par la réunion de deux à telle enseigne qu'on y trouve parfois quatre canaux distincts, ce que les dentistes ne devraient jamais oublier, dans les caries des 3e et 4e degrés. Une fois, oh ! une seule fois, en vingt ans, j'ai rencontré ces racines parfaitement distinctes aussi. Il me souvient que j'y passai, comme on dit, un vilain quart d'heure, et plus encore mon patient, non préalablement anesthésié !

Ceci n'a qu'une importance relative ? Ce qui en a davantage, c'est leur disposition : elles sont quelquefois droites, mais, le plus souvent, convergentes c'est-à-dire se rapprochant par les sommets (dents barrées), ou divergentes, très divergentes, ce qui, on le sait, n'est pas la disposition la plus heureuse pour l'opérateur. J'ai indiqué à quels signes on pouvait soupçonner l'une et l'autre : couronnes courtes et trapues.

Choix de l'instrument. — Deux daviers, qu'il serait bon d'avoir en son arsenal, parce que tous deux ont leur utilité, sont à recommander :

fait évacuer, puis l'on réintroduit une seconde dose à garder plus longtemps.

Le lavage d'intestin est complété par le lavage de l'estomac de l'enfant, fait au moyen d'une grande sonde en caoutchouc. Le liquide employé est l'eau de Vichy qui agit en même temps comme cholagogue.

Le plus souvent l'estomac est tolérant, la diarrhée n'est pas trop intense, aussi peut-on laisser l'enfant au sein comme normalement ; s'il s'agit d'un allaitement artificiel, on pourra le continuer sans se préoccuper de l'ictère.

Mais si la diarrhée était intense, l'état gastrique mauvais, si l'estomac est intolérant, il faudrait recourir à la diète hydrique, continuée plus ou moins longtemps.

L'on donnera ensuite des féculents (eau de riz, eau d'orge) puis du képhir avant de revenir à l'alimentation lactée habituelle.

Le paratyphus.

M. le Dr Georges Ronneaux a consacré sa thèse à l'étude d'une nouvelle maladie, sœur de la fièvre typhoïde et décrite en 1896 par MM. Achard et Bensaude : le paratyphus. Il s'agit, en somme, d'une maladie produite par un bacille différent du bacille d'Eberth au double point de vue de sa morphologie et de sa réaction agglutinante.

Il est difficile de faire un diagnostic différentiel purement clinique entre les infections paratyphoïdiques d'une part, et la fièvre typhoïde, l'embarras gastrique, la grippe à forme typhoïde, les septicémies streptococcique, staphylococcique, d'autre part.

Les recherches bactériologiques et la séro-réaction seules assureront le diagnostic.

Il serait prudent, en présence de tout malade présentant les symptômes d'une fièvre typhoïde légère ou grave, ou d'état infectieux analogue, d'essayer son sérum vis-à-vis du bacille d'Eberth et des deux types de bacille paratyphique.

Il est indispensable de le faire quand, chez un tel malade, on constate une absence complète ou une faible intensité de la réaction de Widal.

L'importance pratique d'un diagnostic précis découle de ce que le paratyphus, même dans les cas où le début est des plus alarmants, est en règle générale d'une grande bénignité. On voit par là l'intérêt du médecin à être éclairé sur ce point.

Pronostic des néphrites chroniques chez l'enfant.

D'après M. le Dr J. Maillard, dans sa thèse, les néphrites chroniques des enfants sont graves dans le plus grand nombre des cas, surtout quand elles ont pour origine une scarlatine.

Une tuberculose latente peut leur donner naissance. L'évolution clinique de cette tuberculose après la disparition des signes de la néphrite n'exclut pas cette tuberculose de l'étiologie.

A côté des néphrites chroniques à étiologie nettement déterminée, il y en a d'autres dont il est impossible de préciser la cause. Celles-ci semblent se présenter avec un pronostic plus favorable d'après les faits que nous apportons.

Dans ces néphrites, les lésions rénales semblent de peu d'étendue et la perméabilité est peu diminuée. Elles évoluent sans le moindre phénomè-

---

1° Le davier d'Evrard (*à goupille*), à goupille parce que l'articulation est plus libre, davier dont chaque mors se termine en pointe, séparant deux gouttières destinées à embrasser l'une et l'autre racine. C'est bien encore un type de davier adapté au collet et je pourrais presque, en ce qui le concerne, répéter ce que j'ai dit à propos de celui destiné aux grosses molaires supérieures : bon pour les dents à couronnes solides : mauvais pour celles à couronnes trop avariées ; *mais* on peut encore l'utiliser très avantageusement pour elles et pour les dents découronnées, ainsi que je le démontrerai dans le chapitre consacré à ces dernières ;

2° Le second davier, connu (trop peu connu ! (sous le nom de davier d'*Hutchinson*, au lieu de pointes, présente, à l'extrémité des mors, une échancrure leur permettant de pénétrer un peu plus avant dans chaque alvéole, tandis que les pointes du premier sont, on le conçoit aisément, un obstacle à cette pénétration, puisqu'elles sont forcément arrêtées par la lame osseuse interradiculaire, contre laquelle elles viennent buter. Si la division des racines a lieu à une certaine distance au-dessus du collet, cela n'a pas d'importance, mais si elle a lieu à ce niveau, on voit le peu de prise qu'on a ainsi sur des dents cariées et d'une implantation robuste !

Côté Gauche (du patient).

Premier temps.

Il faut *se placer à gauche* du patient, *et non devant lui*, bien en face de l'organe. Il est facile de se rendre compte qu'on a, de la sorte, plus de force, qu'on est mieux en possession de cette force, pour la diriger, la mesurer, la *maîtriser* enfin, et cela a bien son importance, comme on a pu le voir ; on est plus à même de bien soutenir le maxillaire, quand, tout-à-heure peut-être, il faudra, pour avoir raison de son adversaire, déployer plus de vigueur. Oh ? pas trop, cependant ! *un grain de force* et une once *d'adresse* comme disaient les anciens !

Quel que soit le davier, Evrard ou Hutchinson (je préfère ce dernier chez les adultes, et plus encore les vieillards, à la mâchoire dure, aux dents friables), *enfoncez ! Enfoncez encore* ! *Secouez* ! Puis enfoncez encore davantage, si vous avez affaire à forte partie. *Si ça ne vient pas*, essayez de quelques mouvements d'élévation et d'abaissement de la main, n'en exagérez pas trop l'amplitude et, *surtout*, gardez-vous *de toute torsion fâcheuse* !

Troisième temps.

La dent *bien ébranlée*, soulevez-la, *sans brusquerie*, délicatement. Si elle résiste, elle résistera souvent (dents barrées, à racines divergentes), attirez-la vers vous, en l'inclinant un peu dans votre sens, pour dégager les racines, et faites-la sourdre par le côté vestibulaire.

Côté Droit (du patient).

A moins que vous ne soyez gauchers, il est inutile de vous recommander de vous placer à droite.

Deuxièmes grosses molaires.

D'extraction généralement facile, le manuel opératoire ne diffère pas du précédent, si ce n'est peut-

ne urémique. Le foie, le cœur, restent intacts malgré l'abondance des œdèmes et de l'ascite.

Le pronostic ne peut être établi par l'étude isolée de tel ou tel des éléments que nous avons étudiés, en particulier l'albuminurie, mais de leur comparaison. Il résultera surtout de la valeur fonctionnelle du rein mise en évidence par la recherche de la toxicité urinaire, l'élimination provoquée du bleu de méthylène, la cryoscopie des urines.

Cette étude comparative nous a montré que, dans nos observations, avec la disparition des signes physiques et fonctionnels, la perméabilité rénale pouvait être considérée comme très voisine de la normale.

La constatation de la guérison fonctionnelle, sinon anatomique, possible des néphrites chroniques des enfants par un traitement médical approprié doit nous rendre très réservés sur la légitimité d'un traitement chirurgical.

OBSTÉTRIQUE

Clinique d'accouchements Baudelocque.

M. le Professeur Pinard.

Vaccination des nouveau-nés.

On peut vacciner les enfants à tout âge et en particulier dès leur naissance. A la Clinique Baudolocque nous pratiquons l'inoculation anti-variolique une fois par semaine, le jeudi, et tous les enfants venus au monde dans l'intervalle de deux jeudis y sont soumis. Nous vaccinons donc, en somme, des nourrissons qui ont les uns quelques jours, les autres quelques heures et jamais, malgré le jeune âge de nos opérés, nous n'avons eu le moindre accident.

Sans doute, en temps ordinaire, rien ne presse. Vous pouvez attendre et vacciner les enfants à 2, 3, 6 mois, mais si vous êtes en période d'épidémie ou si une épidémie variolique est à redouter, n'hésitez pas à vacciner le jour même de la naissance. A ceux qui pourraient s'en effrayer, présentez pour votre justification l'exemple de la Clinique Baudelocque.

***

Indications de la rupture artificielle des membranes.

Les indications de la rupture artificielle des membranes se présentent dans diverses circonstances.

Voici une de nos parturientes dont la grossesse s'est passée et est arrivée à terme sans incident. Elle entre en travail à 7 heures du soir. Le lendemain, à 8 heures du matin, la dilatation est d'une pièce de cinquante centimes, à midi pas plus, à 2 heures du soir un franc, à 9 heures un franc. Le travail dure ainsi depuis 14 heures sans résultat, la dilatation ne progressant pas et, cependant, les contractions utérines sont vigoureuses et absolument régulières.

Pourquoi la dilatation reste-t-elle stationnaire?

Y-a-t-il rétrécissement du bassin ? Non, car la tête est engagée et sa position est bonne, en gauche antérieure.

Le col est-il en cause ?

être pour celle de droite où, si l'on est gêné par la joue pour bien voir ce qu'on fait, on se trouvera bien de mettre en pratique la méthode que j'indiquerai tout à l'heure pour la dent de sagesse du même côté.

Dents de sagesse.

En a-t-on brisé de ces dents ! Mais pourquoi diable s'obstiner à se servir du davier *préhistorique* qui leur fut, jadis, destiné, quand on en a un, si commode qu'il permet leur extraction, même découronnées ? Je veux parler du davier d'Evrard (à goupille) un peu malmené tout à l'heure (1).

La difficulté de le placer... à cause de la commissure labiale ? Pour ma part, je n'ai jamais éprouvé de difficultés, si ce n'est, parbleu ? dans la contracture des mâchoires (où la commissure n'est pour rien), et encore, si elle n'était pas trop prononcée, je suis toujours parvenu à saisir la dent, alors que je ne l'aurais pu à l'aide d'aucun autre instrument, et que j'eusse dû recourir à la *langue de carpe*, rarement nécessaire ici.

Côté Gauche (du patient).

Vous poussez votre davier, *ouvert*, le long de l'arcade dentaire, jusqu'au niveau de la dent de sagesse ; puis, faisant glisser les pointes sur les faces linguale et vestibulaire, introduisant le mors le plus difficile à placer le premier, vous l'enfoncez *jusqu'à la garde*, le plus bas possible : quelques mouvements d'élévation et d'abaissement de la main en auront vite raison..., à moins cependant qu'au lieu d'avoir les racines réunies en un seul faisceau, elle ne soit *barrée*, comme une première grosse molaire, ce qu'elle se permet parfois, auquel cas, cela vous demandera quelques secondes de plus.

Réunies ou *divisées*, les racines sont souvent recourbées en arrière ; il suffira d'un mouvement tournant de bas en haut et d'avant en arrière pour les dégager.

Enfin, il se peut que la gencive, aussi adhérente au collet, *en arrière*, qu'elle l'est peu le long de la branche montante du maxillaire, entraînée avec la dent, se décolle, risquant de mettre à nu cette branche, et d'en amener la nécrose. Au lieu de tirer comme un sourd ou comme un aveugle, comme je l'ai vu tant de fois, il faut, naturellement, se hâter de séparer dent et gencive.

Côté droit (du patient).

Voilà, je crois, une méthode qui m'est, *ou m'était* bien personnelle, car, depuis quinze ans que je l'enseigne, frappés de sa simplicité, d'autres l'ont depuis longtemps adoptée et pensent peut-être l'avoir inventée, tout comme l'anesthésie à la cocaïne, en chirurgie dentaire !

Mais n'anticipons pas !....

C'est le même davier que je préconise, seulement au lieu de me placer à la droite du malade, je me

(1) Le davier *à goupille*, en raison de sa moindre épaisseur au niveau de son articulation, 7 m.m. *au lieu de* 14 !

La rigidité anatomique ou spasmodique du col, dont on parlait tant autrefois, n'existe pas. Pour que cet organe s'oppose à la dilatation, il faut qu'il soit atteint de cicatrice (à la suite d'un chancre, d'un ulcère syphilitique), de cancer ou de cet état particulier décrit par M. Wallich sous le nom d'infiltration. Celle-ci apparaît en un point de l'orifice externe et peut gagner sa totalité.

Toutefois, cette rigidité pathologique du col n'est pas fréquente, tant s'en faut. Je n'ai guère vu que 3 ou 4 cas de ce genre, par exemple, dans toute ma carrière.

Chez notre parturiente, on ne trouve rien de tout cela. Le col est normal et c'est fort heureux, car l'intervention dans les lésions dont nous venons de parler n'est pas toujours élémentaire. Si de simples débridements peuvent suffire lorsqu'il s'agit d infiltration, on doit souvent en venir à l'opération césarienne dans les sténoses cancéreuses ou syphilitiques.

Quoi qu'il en soit, voici une femme en travail depuis 14 heures, chez laquelle la dilatation ne progresse pas et cependant tout est apparemment régulier. Les contractions utérines sont rythmées, le col en bon état et la tête, dont le volume n'a rien d'excessif, engagée en gauche antérieure. Que se passe-t-il donc ?

Il peut se passer deux choses, qui l'une et l'autre conduisent au même traitement, à la rupture artificielle des membranes.

L'arrêt du travail peut être le fait d'un excès de tension de l'œuf : vous trouvez alors une poche des eaux fortement tendue dans l'intervalle des contractions. Rompez les membranes et vous verrez la dilatation et l'accouchement se terminer rapidement.

Le trouble inverse, le défaut de tension de l'œuf, amène un résultat identique. Ce phénomène se produit au moment où l'engagement de la tête divise l'œuf en deux parties indépendantes : l'une supérieure qui contient la presque totalité du liquide amniotique et l'autre inférieure qui en renferme très peu. La dilatation dans ces conditions est très lente et au toucher vous constatez que les membranes sont flasques. En pareille circonstance il faut rompre encore les membranes, mais sans précipitation. Il convient d'ajourner assez longtemps cette manœuvre dans l'espoir de voir la poche des eaux se remplir spontanément.

Notre parturiente rentrait dans ce deuxième groupe d'états morbides. Chez elle la poche des eaux était flasque. Après avoir attendu deux heures on rompit les membranes, on souleva la tête pour permettre l'écoulement d'une petite quantité de liquide (très peu suffit) : trois heures plus tard, l'accouchement était terminé.

*
* *

Polyclinique.

Depuis hier matin, 4 femmes sont venues demander notre secours dans le service :

I. La première représente plutôt le type de la fonction ; elle n'en est pas la moins intéressante, car il est nécessaire de bien connaître le mécanisme normal de l'accouchement pour pouvoir établir le départ de ce qui, dans un cas donné, est pathologique.

C'est une primipare. Depuis un mois elle a cessé son travail et se trouve dès lors dans les conditions hygiéniques les meilleures, jouissant d'un repos de jour et de nuit. La présentation était un sommet en gauche antérieure. L'accouchement s'est fait spontanément après 15 heures

---

place à sa gauche, un peu en arrière ; contournant la tête du patient (qui doit être assis très bas), je fais, comme tout à l'heure, glisser le davier ouvert, d'avant en arrière, le long de l'arcade, en déprimant la commissure, tandis que de la main gauche je soutiens la mâchoire.

Penchant la tête en avant, je puis suivre, de l'œil, la mise en place de l'instrument et la bonne prise de la dent, qui n'est, de la sorte, masquée par quoi que ce soit. En extractions, comme en toutes opérations, il ne faut jamais perdre de vue le champ opératoire.

Pour les deux autres temps, on procède comme pour le côté gauche.

Dents des vieillards.

J'ai signalé, en passant, la friabilité et les fractures assez fréquentes des dents des vieillards...

Mon éminent confrère, le Dr Galippe, en a donné une explication : la diminution des sels calcaires ; en un mot, la décalcification.

Cette friabilité, à mon humble avis, est plutôt liée à la disparition des éléments fibreux de l'ivoire, à la calcification complète ou à peu près complète de la dent, où la pulpe et les fibrilles de la *substance fondamentale* ont été remplacées par de la néo*dentine* qui, comme on sait, est constamment déposée en couches concentriques sur la face interne ou la cavité centrale, et dans les canalicules, jusqu'à entière disparition de la pulpe et du *tissu fibrillaire*. Une branche de bois dur et sec, pour employer une comparaison un peu forcée, mais expressive, est plus cassante qu'une jeune tige où circule la sève.

Enfin, une autre cause de fracture, sinon de friabilité, doit être attribuée à la résistance plus grande des parois alvéolaires, moins élastiques, partant moins faciles à se laisser écarter, d'où la nécessité d'efforts plus considérables sur l'organe à luxer.

Dents ébranlées.

Lorsque les dents sont ébranlées, pour une cause quelconque, l'accomplissement du deuxième temps se trouve heureusement *supprimé* ; mais ne *vous avisez jamais* de les saisir à la légère, du bout des mors, en *amateur* ! Dent ébranlée n'est pas dent arrachée ; et vous en trouverez qui présenteront des difficultés, même quand les parois alvéolaires auront été à peu près entièrement résorbées, comme dans la pyorrhée. Ce sont vieilles coquettes qu'il faut bien prendre ! Leur vertu je veux dire leur résistance, ne tient qu'à un fil, mais le fil est parfois tenace. Si elles vous glissaient dans les doigts, vous courriez le risque de passer pour des *innocents*.

(*A suivre.*) Docteur E. Dunogier.

Je remercie les confrères qui ont bien voulu, verbalement ou par lettres, me signaler des procédés ou des instruments. J'en profiterai dans l'appendice. Pour le moment, je tiens à narrer simplement les batailles auxquelles j'ai assisté, ne parler que des armes dont j'ai fait usage, exposer la façon dont je m'en suis servi.

de travail ; la délivrance a eu lieu par extraction simple, 40 minutes après l'expulsion du fœtus. Tout a été normal à part une insertion inférieure du placenta. Grâce au repos, malgré cet élément dangereux, la parturiente a pu arriver sans incident à la fin de sa grossesse et accoucher à terme.

II. Autre femme sur l'observation de laquelle est écrit en manchette : avortement de deux mois. Elle est arrivée ici, hier soir, après avoir expulsé chez elle un fœtus. Quand on l'examina, on trouva des caillots dans le vagin avec, au milieu d'eux, une portion de placenta. Le col était béant, l'utérus hypertrophié dépassait le plan du détroit supérieur de deux à trois centimètres. Contrairement à l'opinion de certains auteurs, vous devez vous attendre à trouver un utérus gravide de deux mois dépassant le détroit supérieur.

Chez cette femme on a pratiqué le toucher intra-utérin. En l'absence d'hémorrhagie et de température, je ne vois à cette pratique aucun avantage. Vous m'entendez dire fréquemment, au contraire : soyez sobres d'examens et surtout de touchers chez une femme, dans ces conditions, qui a toutes les portes ouvertes à l'infection. Votre doigt sera aseptique, je le veux bien, mais vous rencontrerez des caillots dans le vagin qui ne le sont pas, et vous pourrez porter ces germes dans la cavité utérine. Que de fois, dans les suites de couches, une injection intra-utérine intempestive a causé l'inoculation d'une muqueuse jusque-là saine.

III. Primipare entrée ce matin à 4 heures avec une dilatation de la grandeur d'une pièce de deux francs. La dilatatation, complète à 8 heures 30, a été rapidement suivie de l'expulsion spontanée d'un fœtus de 2 kilogr. 910. L'accouchement ne s'est donc pas produit à terme et pour cause : l'insertion du placenta était basse.

IV. La quatrième femme est une de nos « clientes ». Elle est accouchée une première fois à la clinique Baudelocque, en 1899, deux fois chez elle, et elle vient accoucher une quatrième fois dans le service. Je vais vous donner le résumé de son premier accouchement, dont l'observation est dans nos archives.

Elle accoucha, à cette date, prématurément, avec le placenta que nous appelons placenta « châteaubriand » parce qu'il rappelle le fameux bifteck de ce nom, dont les bords sont épais. Habituellement, le placenta présente un maximum d'épaisseur à son centre et cette épaisseur va en décroissant du milieu vers la périphérie. Dans le placenta châteaubriand, c'est le contraire.

Quoi qu'il en soit, le fœtus expulsé par notre parturiente en 1899 pesait 1 kilogr. 890 grammes. Vous connaissez le pronostic que je formule en face d'un être humain pesant si peu à sa naissance, lorsque l'albuminurie maternelle n'est pas en cause. Qu'il vive longtemps ou non, cet enfant sera taré et ne fera jamais qu'un déchet pour la société. Je lis dans l'observation prise hier que l'enfant serait vivant, aurait eu sa première dent, à 5 mois et aurait marché à 15. C'est possible, ce serait un cas exceptionnel, et il en existe évidemment. Il y a des prématurés qui, malgré tout, ont pu grandir en force et en intelligence et devenir des esprits remarquables. Mais, c'est l'exception qui confirme la règle et, pour le cas actuel, j'ai tenu à me renseigner moi-même. Je suis allé voir cette femme et l'ai priée de nous faire conduire l'enfant ; nous l'examinerons. En attendant, j'ai interrogé la mère. Son enfant a eu des hernies, ce qui est déjà quelque chose. Ces hernies dites congénitales (elles apparaissent dans les trois premiers mois) se montrent 70 fois sur 100 chez des prématurés.

Le quatrième accouchement de cette femme vient de se terminer par l'expulsion d'un enfant pesant 900 grammes. Va-t-on élever ce nouveau-né ? Peut-être, j'ai élevé dans une couveuse, à l'hôpital Lariboisière, un prématuré qui pesait seulement 800 grammes à la naissance. Il a vécu jusqu'à trois ans et, à cet âge, il mourut, heureusement — je dis heureusement, car cet enfant était un vrai monstre.

Pourquoi cette femme est-elle accouchée ainsi plusieurs fois avant terme ? En raison d'une particularité importante : dans les premiers mois de ses grossesses, elle a constamment perdu du sang.

Ne vous étonnez donc pas si vous avez encore aujourd'hui un placenta châteaubriand. Notre «cliente» est atteinte d'une maladie de la muqueuse utérine, d'endo-métrite hémorrhagique. Pour lui permettre une puerpéralité complète, il faudra lui conseiller et lui faire un curetage utérin.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

Pouvons-nous agir sur l'appétit et la fièvre des tuberculeux ?

Dans le n° 23 du *Concours médical*, nous avons publié, le 4 juin, à la suite d'un article du Dr C. Pinet, le résultat de nos observations sur le thiocol. Nous n'hésitions pas à reconnaître, avec la plupart des auteurs, qu'il fallait attribuer une action nettement stomachique à ce succédané de la créosote.

Nous nous proposons aujourd'hui de revenir sur cette intéressante question, pour répondre à certaines affirmations que M. le Dr Legendre a énoncées dans une de ses leçons cliniques sur le traitement des tuberculeux (1).

« Il est deux choses, dit M. le Dr Legendre à propos des bacillaires, il est deux choses que nous sommes impuissants à réaliser généralement : c'est de leur rendre l'appétit et de faire tomber la fièvre qui les consume ».

Sans entrer dans les discussions physiologiques et pathologiques, et sans faire appel au témoignage de ceux qui ont écrit sur ce sujet, nous nous contenterons de transcrire le résultat de nos constatations cliniques ; on verra ainsi comment nous sommes amenés à croire qu'il nous est possible, dans un grand nombre de cas, de lutter avec succès contre l'anorexie et la fièvre des phtisiques.

Lorsque d'une façon presque systématique nous traitions par le thiocol les tuberculeux qui venaient à notre consultation au dispensaire du IVe arrondissement, nous avions été frappés de ce fait qu'ils présentaient tous un relèvement rapide de l'appétit. Notre expérience, depuis, s'est encore fortifiée à cet égard. Nous avons réuni 28 observations personnelles portant sur n'importe

(1) Voir le *Concours Médical*, n° 34, 1904.

quelle forme de tuberculose pulmonaire, a n'importe quelle période, chez les adultes et chez les enfants, et nous avons fait la même constatation.

Beaucoup de ces malades avaient été traités déjà par la créosote ou le gaïacol ; un certain nombre avait dû les abandonner parce qu'ils fatiguaient leur estomac ; d'autres, incommodés par la mauvaise odeur, le goût persistant de la créosote, et les renvois désagréables qu'elle produit, avaient conçu pour ce remède une aversion profonde qui leur enlevait tout appétit. Certains présentaient une anorexie complète, des fermentations stomacales, des digestions pénibles, extrêmement longues ; or nous n'avons jamais observé de phénomènes analogues avec le thiocol: tous nos malades ont en peu de temps retrouvé leur appétit.

Nous avons sous les yeux l'histoire d'un malade de la rue de l'Hôtel-de Ville, tuberculeux à la 2e période, dont les lésions sont tout près du ramollissement et qui depuis 44 mois environ n'a de goût pour aucun aliment. Il prend 6 Comprimés de thiocol Roche par jour, et en 10 jours environ son appétit est revenu, ses digestions sont normales ; il prend alors 8 comprimés, ce qui fait exactement 4 grammes de substance active, et cela sans le moindre inconvénient. Son estomac, qui s'était montré refractaire à la créosote et au gaïacol, n'éprouva jamais le moindre malaise du traitement thiocolé. Au bout d'un mois il avait augmenté de 3 livres et son appétit était excellent. « J ai faim plus qu'il ne faudrait » disait-il, montrant ainsi que ses ressources dues à l Assistance publique étaient insuffisantes pour ce surcroît de dépense.

L'amélioration des symptômes pulmonaires se poursuivait parallèlement et au bout de 2 mois nous assistions à l'éloignement des craquements du sommet.

Cet homme se sentant mieux reprit du travail aux halles et nous déclarait qu'il était beaucoup moins fatigué que par le passé. Il acceptait, du reste, n'importe quelle occupation. Mais un jour que son rôle consistait à éloigner les passants d'une maison dont les ouvriers nettoyaient la façade, il respira tellement de poussières qu'il eut une poussée aiguë de son affection. De nouveau, l'estomac refuse toute nourriture, la toux, l'expectoration sont pénibles, les craquements se généralisent, il y a de la fièvre, et nous dûmes couvrir ses sommets de pointes de feu. Cette alarme ne dura guère et sous l'influence du thiocol l'appétit revint, se développa, et trois mois après ce malade avait augmenté de 4 kgr. 500. Quand nous l avons vu pour la dernière fois il y a une vingtaine de jours, les signes stéthiscopiques étaient presque nuls, et l'état général fort satisfaisant.

Tout récemment encore, nous ordonnions les comprimés de thiocol à une femme de 42 ans, bacillaire à la 3e période et atteinte de gastrite avec fermentations excessives. Elle était d'une sensibilité extrême et parfois inquiétante pour un grand nombre de remèdes. En dehors de la belladone, de la cocaïne, etc., le chloridia, la vanadine, le cacodylate, tour à tour employés, restaient sans effet. Et non seulement ils étaient inutiles, mais ils occasionnaient de la fatigue stomacale. Cette malade prend du thiocol, elle le supporte sans difficulté et au bout de quinze jours l'appétit est déjà suffisant. Mais les lésions étaient trop avancées et il ne nous fut pas possible, malgré un état général amélioré, d'empêcher le dénouement fatal. — Il n'en est moins vrai que dans ces cas particulièrement rebelle, le thiocol a produit un relèvement certain de l'appétit.

Il n'est donc pas juste de dire avec M. le Dr Legendre que nous sommes impuissants à relever l'appétit des tuberculeux.

Un jour, nous trouvant de passage dans la Dordogne, chez un de nos confrères et amis, M. le Dr De Lachapelle, à Laforce, il nous montra un de ses clients, jeune homme de 20 ans, tuberculeux au début qui non seulement avait promptement retrouvé l'appétit grâce au thiocol, mais avait très sensiblement augmenté de poids. Les lésions pulmonaires s'étaient du reste entièrement effacées.

Ces observations que nous citons au hasard de notre mémoire, tous les praticiens peuvent les contrôler. ceux qui ordonnent le thiocol en connaissent de semblables ; ils ont pu sans difficulté relever l'appétit défaillant des phtisiques.

(*A suivre.*)

Dr A. Nigoul,

Ancien interne de l'hopital Péan.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Observation d'une maladie déterminée par le séjour de larves de diptères dans le tube digestif.

Le médecin de campagne est placé dans des conditions exceptionnelles pour observer des faits souvent étranges ; malheureusement, une vie remplie, l'éloignement des centres scientifiques et l'absence de documents l'empêchent la plupart du temps de suivre d'une façon utile les pistes dont le hasard l'a favorisé.

J'ai été assez heureux pour observer l'an dernier (1903) l'un de ces cas anormaux, parce que les annales de la science n'en font pas mention et qu'ils ne sont pas catalogués sous le nom d'une maladie connue. En voici la relation :

Une petite fille, âgée de onze ans, de la commune de Dampierre-les-Bois (Doubs), était atteinte depuis quelque temps de malaises indéfinissables consistant surtout en nausées accompagnées de pâleur de la face ; l'enfant, quand elle ressentait ces malaises, ne pouvait se traîner et paraissait être sur le point de tomber en syncope. Les atteintes survenaient particulièrement le matin, au lever, et duraient tantôt quelques minutes seulement, parfois aussi plusieurs heures. Aussitôt le malaise terminé, l'enfant redevenait gaie et il n'était plus question de rien. La mère, étant persuadée que sa fille était affligée de vers parasitaires, lui avait administré à diverses reprises de la santonine et du semen-contra, mais sans obtenir aucun résultat du côté des vers ni la moindre amélioration dans l'état général. Bien au contraire, avec le temps, les symptômes précités augmentèrent d'intensité et l'état d'angoisse du matin vint se compliquer d'une toux sèche, assez fréquente, de forme nerveuse, démangeaisons à la peau et de salivations abondantes pendant la nuit.

La mère, effrayée de cet état, m'amena la malade, qui fut examinée sérieusement ; mais l'examen fut négatif, c'est-à-dire que ni l'auscultation ni la percussion n'ayant indiqué trace de lésion interne, j'étais convaincu que tous les organes étaient indemnes. L'interrogatoire de l'enfant ne m'en apprit pas davantage; elle ne put m'exprimer qu'une chose à propos de ce qu'elle ressentait : c'est qu'elle avait « mal à l'estomac, » entendant par là l'épigastre aussi bien que la région antérieure du thorax qu'elle montrait avec sa main. Quant à la forme et aux caractères de la douleur, il fut impossible d'obtenir aucun éclaircissement.

Donc, le larynx, le poumon et la plèvre étant intacts, il n'y avait, malgré la toux, aucune apparence d'affection du côté des organes respiratoires. Rien non plus en ce qui concernait le système circulatoire. Comme symptômes abdominaux, ni coliques, ni ballonnement du ventre, ni selles irrégulières, ni perte de l'appétit. Estomac d'un volume normal, mais « mal à l'estomac ». Par contre, des symptômes étranges, plutôt réflexes : du ptyalisme, des nausées non suivies de vomissements, des démangeaisons non localisées et fugitives. Pas de dilatation des pupilles, pas de céphalalgie, pas de troubles de la vue ni de l'ouïe. Les signes pathologiques ne se rapportaient à aucune affection définie ; je crus à de l'embarras gastrique simple accompagné d'accidents nerveux. Un régime sévère fut prescrit. Je rassurai la mère et la priai de me tenir au courant de la marche de la maladie.

Elle vint, en effet, me voir le 15 septembre au matin, mais ce n'était plus avec un air consterné ; son visage rayonnait. Je sais maintenant, dit-elle, ce qu'a ma fille. Depuis ce matin, elle vomit des vers, des vers par paquets ; ce sont de toutes petites bêtes grises qui ont des têtes noires et des quantités de pattes.

Dans les villages on nous raconte fréquemment des choses invraisemblables; néanmoins, la femme était intelligente, mon attention avait été à l'avance attirée sur le cas, et les détails sur les soi-disant vers avaient été donnés d'une façon si précise et si affirmative que je voulus juger *de visu*. Ma curiosité était d'autant plus excitée que, plus je réfléchissais à ce qui m'avait été conté, moins je pouvais m'expliquer l'effet d'une illusion.

L'enfant avait vomi dans un crachoir une masse de petits animaux équivalant en volume à la moitié du récipient. Il y en avait au moins un mille, disait la mère, certainement plusieurs centaines. Ces animaux vivaient, se dressaient, grimpaient l'un sur l'autre ; ils étaient, vus en masse, d'un aspect gris foncé ; les têtes paraissaient réellement noires et ils étaient munis de sortes d'épines éparpillées sur la longueur du corps. L'idée d'une larve d'insecte me vint à l'esprit, mais comme je ne connaissais aucun parasite qui ressemblât à ce que j'avais sous les yeux, je recueillis quelques dizaines des animalcules dans de l'eau fraîche afin de pouvoir les observer plus attentivement et plus longuement chez moi. De retour à la maison, M. Henri Bardy, mon beau-père, procéda à l'examen à la loupe, mesura et fit la description suivante :

Longueur : 7 à 9 millimètres
Largeur : 2 à 3 millimètres.
Segments : au nombre de neuf.
Couleur : jaune-roux.
Convexe au-dessus.
Planiuscule en dessous.

Est la larve d'un diptère.

Nous avions donc affaire à la larve d'un diptère. Mais dès lors, quel était le corps du délit ? Nous fîmes des recherches, M. Bardy dans ses traités d'histoire naturelle, et moi dans mes ouvrages médicaux, sans arriver ni à la détermination, ni à rien qui, même de loin, pût expliquer la vraisemblance du cas.

Pendant ce temps les larves continuaient à vivre dans l'eau (quelques jours). Dans la crainte de les perdre et dans le but de les conserver je les transférai dans de l'alcool étendu d'eau où elles périrent immédiatement.

Etant allé à Nancy au mois de novembre, j'eus l'occasion d'entretenir du cas M. Brunotte, docteur ès sciences et professeur d'histoire naturelle à l'Ecole supérieure de Pharmacie. A son point de vue spécial de zoologiste le fait parut non moins curieux à M. Brunotte qu'il ne m'avait paru à moi, médecin, au point de vue médical. Il me demanda de lui confier les larves qui me restaient, offrant d'en faire la détermination. M. Florentin, préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Nancy, en fit une étude approfondie et la diagnose fut la suivante :

« Larve plate, ovale, avec quatre rangées de « poils raides, deux dorsales, deux latérales, « deux crochets buccaux très développés et très « caractéristiques du groupe des Anthomizinæ.

« Les stigmates antérieurs ont huit digitations « insérées sur le pourtour ; les stigmates postérieurs ont une expansion divisée en trois branches. »

« Ces larves ne sont autres que celles du diptère *Anthomyia canicularis* appelé aussi *Homalomyia canicularis*. Ce diptère est, à l'état adulte, « une petite mouche de 6 millimètres de long, elle « est noirâtre ; les faces et les côtés du front sont « argentés, le style est nu. »

La détermination étant faite, M. le professeur Brunotte compléta l'étude du cas et il voulut bien communiquer nos observations, en son nom et au mien, à la Société des Sciences de Nancy (séance du 4 février 1904) sous le titre : « Observation médicale au sujet d'un diptère ». La communication fut jugée assez importante pour que la Société en décidât l'insertion dans son bulletin.

Dans son étude très intéressante, M. le Professeur Brunotte fait la description de la larve et de l'adulte avec dessins et préparations et résume l'état complet des connaissances médicales sur le sujet. Ces connaissances se résument en fort peu de chose : M. Pruvot, actuellement professeur à la Sorbonne, a présenté en 1882 à la Faculté de médecine de Paris, comme thèse inaugurale, un travail sur la présence de larves de diptères dans le corps humain. Les dictionnaires de médecine et les ouvrages de diagnostics médicaux indiquent quelques cas de maladies occasionnés par la présence de larves de Muscidées dans diverses parties externes du corps humain : oreilles, nez, surfaces de plaies externes, etc... et sous le nom de Myiasis (de μυιά, mouche) on désigne ces diverses affections provenant des mouches ; mais la science relate une seule fois (Jennins, Londres 1839) chez un clergyman âgé de 70 ans, la présence de l'Anthomyia canicularis.

Il ressort de là que la présence de larves à l'intérieur du corps humain est d'une excessive rareté, et que le cas de la colonie qui habitait chez la petite fille de Dampierre-les-Bois peut être considéré pour ainsi dire comme unique, tant à cause de l'espèce de l'animal qu'à cause de l'abondance des sujets. La question de savoir comment les larves avaient été introduites dans l'économie se posait. Voici de quelle façon M. le Professeur Brunotte a reconstitué la scène :

« Les œufs d'Anthomyia déposés sur des feuilles ou des racines de végétaux (artichauts, cerfeuil, persil, salade, carottes, etc.), ont été ingérés avec ces portions non cuites végétales. Ces œufs, très petits, ont pu très facilement passer inaperçus au nettoyage de la salade ou de tout autre aliment ; ils devaient être en très grand nombre, mais on sait que les œufs de certains insectes, surtout ceux de certains diptères, sont très petits et à peine visibles à l'état frais. Ils ont dû être absorbés à une période très voisine de leur éclosion, ou même peut-être déjà à l'état de larves minuscules encore contenues dans la coque de l'œuf. Dans tous les cas ils ont dû se développer très rapidement après leur ingestion et donner de nombreuses petites larves qui, munies à la surface de leur corps d'une multitude de petites épines barbelées, se sont fixées sur les parois de la muqueuse stomacale ou même surtout sur les muqueuses œsophagiennes. Grâce à ces épines très fines et très dentelées les larves résistent sans être entraînées par le liquide semi-solide alimentaire ; les aliments mastiqués glissent sur les muqueuses sans pouvoir entraîner les larves. Celles-ci continuent donc leur développement et augmentent de volume. Pour cela, elles n'ont point besoin d'emprunter de nourriture à l'hôte chez lequel elles sont fixées, car elles ne sont pas à proprement parler des parasites ; elles se suffisent à elles-mêmes, elles possèdent en effet des réserves graisseuses abondantes. Elles peuvent aussi résister longtemps à l'asphyxie, comme on sait, grâce à un système respiratoire trachéen particulier ; d'où explication d'un long séjour que ces larves peuvent faire dans le tube digestif de leur hôte ; ce n'est donc qu'au moment où les larves développées ont 7 à 9 millimètres de longueur sur 2 à 3 millimètres de largeur qu'elles deviennent géantes, étant donné surtout leur nombre. »

L'observation médicale confirme en tous points la théorie de M. le professeur Brunotte. En effet :

1° Des renseignements complémentaires m'ont appris qu'en avril 1903 la petite malade allait fréquemment dans les prés pour y cueillir des « cramaillots » (nom vulgaire donné aux pissenlits) qu'elle mangeait en salade. L'ingestion des œufs est donc faite au moyen d'herbes crues et sa date approximative est connue.

2° Les larves étaient bien fixées dans les replis laryngées, œsophagiens et stomacaux de la muqueuse. C'étaient elles qui occasionnaient la toux sèche (toux d'irritation, le mal d'estomac, les malaises et l'angoisse) ; car ces phénomènes ont disparu du jour au lendemain après l'expulsion des larves et n'ont plus jamais reparu depuis.

3° Les larves vivaient pour ainsi dire d'une vie propre ; la petite malade n'a pas perdu son poids pendant les quelques mois pendant lesquels elle a servi d'asile à la colonie d'*Anthomyia*. Il semble que si ces plusieurs centaines d'insectes avaient vécu aux dépens du corps humain pendant environ 5 mois, ils auraient déterminé au moins un certain degré d'anémie.

4° Les larves ont été évacuées au moment où elles avaient de 7 à 9 millimètres de long sur 2 à 3 de large ; mais elles devaient avoir ces dimensions depuis plusieurs semaines déjà, car les sentiments de malaise, d'angoisse, la toux étaient stationnaires depuis au moins deux mois. Or la toux n'était que le résultat de l'irritation produite par les épines barbelées.

Nous savons maintenant que des œufs de diptère peuvent être introduits en quantité énorme dans le tube digestif au moyen de salades ou de crudités non suffisamment lavées ; que ces œufs éclosent facilement dans le corps humain ; que les larves y grandissent et y arrivent à l'état adulte, qu'elles trouvent à s'y loger et s'y fixent d'une façon solide au moyen d'épines barbelées ; qu'elles y vivent d'une vie propre sans très grands dommages pour la santé générale, et qu'enfin, sous l'influence d'une action non encore expliquée, et qui problablement est une cause mécanique, tel un essaim d'abeilles, elles abandonnent un asile qu'elles ont habité pendant des mois.

Cependant, pour qui a vu comme moi cette masse grouillante sortie presque subitement du corps d'une enfant de onze ans, le cas, malgré les explications de la zoologie, suscite d'autres questions. Où une masse pareille peut-elle se loger d'une façon stable ? Il faut admettre que les larves ne se sont pas précisément trouvées sur le passage du torrent alimentaire qui, plusieurs fois par jour, traverse la première portion du tube digestif, sans quoi elles auraient été entraînées. Puis, la muqueuse du tube digestif est douée de sensibilité ; alors comment la présence de plusieurs centaines d'animalcules dont chacun est muni d'une trentaine d'épines barbelées, de dimensions respectables (puisqu'elles étaient visibles à l'œil nu), ne produit-elle pas, en admettant que chaque larve se fixe par quelques-uns des poils seulement, des désordres considérables dans l'économie ? — Enfin, comment se fait-il qu'absolument toutes ces larves, qui précédemment étaient si solidement fixées et cela depuis un certain temps déjà, aient été évacuées le même jour et pour ainsi dire au même moment ? Car il faut dire, pour terminer, que la petite malade n'a plus absolument rien ressenti depuis le 15 septembre dernier, immédiatement après l'évacuation, et qu'elle n'a plus eu jamais « mal à l'estomac. »

Dr Emile Lorber.

Fesches-le-Châtel, 1904.

J'apprends que M. Florentin fait sur ce cas une communication à la *Société de Biologie*, que le *Bulletin des Sciences pharmacologiques* s'en occupe, ainsi que le *Zoolischer Tageblatt*, de Berlin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La médecine socialisée... à Zurich.

L'essai de socialisation de la médecine auquel se livre ce brave Conseil municipal de Zurich, était prévu de ceux qui savent dans quelle voie marchent depuis longtemps déjà nos confrères

de la république voisine. Un grand nombre d'entre eux se sont laissé prendre à l'engrenage des monopoles et des fixes avec les patrons, les mutuelles, les compagnies d'assurances, les sociétés d'usine, les municipalités : ils sont, de toutes ces puissances qui détiennent leur gagne-pain, les humbles serviteurs, et c'est l'exemple de cette docilité d'une trop grande partie des praticiens des campagnes qui pousse aujourd hui une des villes importantes à goûter de ce joli système.

Les reporters de nos grands journaux ont vite couru demander de droite et de gauche ce que les médecins français pensaient de l'expérience. Les interviewés ont été unanimes jusqu'ici à prédire l'insuccès. et il est intéressant de reproduire la réponse de M. le Dr Le Gendre, faite au *Journal*, qui exposait jadis les idées de M. le Dr Toulouse sur ce même sujet.

« — Je ne sais, nous a dit M. le docteur Le Gendre, si la municipalité de Zurich a voulu être agréable aux malades ou aux médecins ; je pense que c'est plutôt aux premiers, qui sont plus nombreux ; mais j'ai de solides raisons pour penser qu'elle ne réussira à contenter ni les uns ni les autres. Les arguments pour et contre les médecins fonctionnaires ont été depuis longtemps développés dans les Associations de médecins, et il semble bien que les inconvénients soient plus nombreux que les avantages. Ceux-ci sont vite énumérés : pour le malade, ou celui qui craint de le devenir, il est agréable de prendre une assurance contre la maladie en payant une taxe qui, dans le cas de Zurich, paraît bien faible ! Pour le médecin qui n'arrive pas à gagner sa vie, c'est une perspective acceptable de toucher 12,500 francs. (Encore faut-il être assuré d'une retraite, comme tout fonctionnaire).

« Quelle garantie aurait le public, au point de vue de sa santé ? Les examens ou les concours subis par les médecins ?... Ils prouveraient, tout au plus, que les médecins, au moment de leur nomination, possédaient les connaissances requises ; mais qui garantira qu'ils continueront à se tenir au courant de la science ? Leur fera-t-on périodiquement passer des examens ? Quand on choisit un médecin, on requiert de lui des qualités morales, des qualités sociales, outre les connaissances techniques : quels seront les juges de ces qualités ?

« Lorsqu'un citoyen va acheter des timbres-poste ou payer ses contributions, il ne lui importe pas absolument que l'employé auquel il a affaire soit de relations agréables, d'une délicatesse parfaite, d'un tact psychologique affiné, ni même qu'il ait les mains d'une propreté irréprochable. Cependant, il tient beaucoup ,et non sans raison, que le médecin ait ces qualités. Parmi les quarante médecins désignés par la municipalité, il y en aura qui seront mieux pourvus que les autres de ces qualités recherchées par les malades ; la plupart des malades s'adresseront à eux ; ils seront surmenés, et ne seront,certes, pas assez rétribués par les 12,500 fr. Leurs confrères, moins plaisants, auront des loisirs. Vraiment, il est inadmissible que leur rétribution soit égale. Imposera-t-on, au contraire, aux habitants d'un quartier un médecin qu'ils n'auront pu choisir ? Les protestations ne tarderont pas à s'élever. Il y a des malades qui ne veulent pas se confier à un médecin dont les opinions religieuses ou politiques sont à l'antipode des leurs. La municipalité aura-t-elle fait plusieurs listes, de couleurs différentes, au choix des contribuables ? Plus on y réfléchit,plus on voit s'élever d'objections à la fonctionnarisation de la médecine. *C'est une profession qui doit être basée sur l'indépendance du médecin et sur le libre choix du malade. Tout ce que l'Etat devrait faire pour garantir les intérêts de l'un et de l'autre, c'est de rendre, par des examens très sévères, le recrutement plus difficile.*

« Si les médecins diplômés présentent toutes les garanties au point de vue des connaissances techniques, le public n'a rien à désirer de plus. C'est à lui de faire son choix parmi eux, d'après ses goûts et ses affinités. Quant aux médecins, si, moins nombreux par suite des difficultés du recrutement, ils n'étaient pas amenés à abaisser leurs honoraires pour se faire concurrence, ils pourraient vivre tous honorablement. Il y en aura toujours de mieux rétribués que d'autres ; mais comme ils ne seront jamais tous égaux, en talent et en qualités morales ou sociales, il est équitable que leurs honoraires soient inégaux.

« Enfin, il est singulier que les gens qui, par leur sobriété et leur souci de l'hygiène,se maintiennent en bonne santé et n'ont jamais besoin du médecin, payent une taxe médicale dont bénéficieront beaucoup de citoyens qui se rendent très souvent malades par leurs excès ou leur mépris voulu de l'hygiène.

« Je n'ai pas épuisé les arguments. Je puis seulement terminer en vous disant que, dans nos Associations médicales, la théorie du médecin fonctionnaire a toujours rencontré la plus complète hostilité.

« Je suis convaincu que la tentative de Zurich ne réussira pas. Qu'on ne dise pas que les médecins des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance sont bien des médecins fonctionnaires. Tous ont en même temps une clientèle qui les fait vivre, et ne voient, dans ces fonctions, qu'un poste de confiance honorable et s'en acquittent de leur mieux ; mais, le jour où ils seraient exclusivement fonctionnaires, il est trop probable qu'ils se relâcheraient comme beaucoup de fonctionnaires. »

M. le Dr Le Gendre, comme il le dit lui-même, n'a pas épuisé les arguments. Mais il a résumé, en deux phrases que nous avons soulignées, les principes inattaquables contre lesquels se briseront toutes les tentatives de socialisation de la médecine, même quand elles rencontreront des complicités dans le corps médical.

C'est à ces complicités et au nom de ces principes que nos syndicats doivent faire la guerre, s'ils veulent éviter la réalisation de tentatives utopiques et pernicieuses quand même, comme celle dont Zurich est le terrain d'expérience.

Notre conviction qu'il y aura insuccès est si bien arrêtée que nous nous félicitons de voir l'essai une bonne fois tenté..., mais à condition que ce soit ailleurs que chez nous, car il y aura des pots cassés.

Pratique déontologique.

J'ai pour cliente Madame X., qui est parente d'un chirurgien parisien et du beau-frère de celui-ci, le docteur B., médecin des hôpitaux de Paris.

C'est une situation fort embarrassante pour un pauvre diable de médecin de campagne, parce qu'il ne peut pas décemment être suffisamment calé en médecine pour le médecin et suffisamment calé en chirurgie pour le chirurgien : la partie est inégale de toutes les façons.

A tout cela le diable lui-même n'y pourrait rien. Mais au mal qui suit, le grand médecin de Paris eût pu, déontologiquement parlant, remédier.

Je soigne Mademoiselle X.. depuis 15 jours pour une maladie cyclique, anormale, mais bénigne. Je l'avais vue samedi ; je la revois ce lundi matin seulement, ayant eu la sotte probité de ne pas *pousser a la visite*.

Tout tranquillement ce matin, on m'annonce que le docteur B. va venir. Je m'exclame : « Tant

mieux ! Mais pourvu que ça ne soit pas mardi à l'heure de ma consultation ».

— « Mais si, justement, je lui ai fait dire par mon fils de venir mardi......, je n'ai pas pensé que c'était l'heure de votre consultation. »

Je file au télégraphe et j'expédie « Impossible mardi, pouvez-vous jeudi ? »

Le cher Maître n'hésite pas et ce lundi soir, télégraphe clôturant, j'ai ma réponse : « Impossible jeudi. J'irai mardi ».

Comme toute cette histoire se complique de trains mal commodes, de kilomètres en voiture pour le parisien (et pour moi aussi), j'ai expédié mon domestique annoncer à Mme X : 1°) qu'elle avait à envoyer chercher son parent à la gare demain mardi ; 2°) que je ne pourrais pas voir ce parent à elle, mon confrère à moi.

Et j'ai joint, sous pli cacheté, à l'adresse de mon confrère, une carte de visite « avec l'expression de mon très vif désappointement ».

Et j'écris cet article pour calmer mes nerfs avant de me coucher. Ça me servira de soporifique.... et peut être aussi à ceux qui me liront.

J'espère que mon « désappointement » sera aussi désagréable à mon confrère que m'a été désagréable à moi son empressement à venir voir *une malade en cours de traitement sans entente préalable avec le médecin traitant.*

Je sais bien que c'est une grosse prétention à moi que vouloir qu'on prenne *ma consultation* au sérieux : un médecin de campagne............ ! Enfin, que voulez-vous, j'ai cette prétention : ça ne me rapporte pas toujours quarante sous vaillant, mais ça m'évite des kilomètres et des kilomètres : de pauvres diables, qui, pour une raison ou une autre ne payent pas leur médecin, ont la mauvaise habitude de venir me voir ces jours-là et à cette heure-là, pour ne pas me déranger ! On trouve des braves gens partout ! Quelquefois ils viennent de loin pour cela ; c'est des vieux. c'est des jeunes, c'est des gosses, par trois ou plus à la fois. Il y en a que c'est grave ; d'autres c'est pour une dent, ou pour les vers, ou pour *sa gourme*, ou pour un certificat.

Quand l'ouvrage est rare, c'est tous les jours et à toutes les heures qu'ils viennent, les bandits ! Quand l'ouvrage donne et qu'on ne me voit point à la maison. ma femme les renvoie au mardi ou au vendredi. Or, pour demain, ma femme en a convoqué beaucoup. Donc, mon confrère, venant chez madame X. justement à cette heure-là, j'aurai le vif désappointement de ne pas le rencontrer.

D'ailleurs ça vaut mieux. Déjà, il y a deux ou trois ans, on m'avait fait le coup *de la visite inattendue* de l'aimable parent qui........ !

J'avais tiqué alors ! Aujourd'hui on a monté l'affaire sur nouveaux frais : Dimanche, le frère de Mlle X. chargé de la commission de maman pour le docteur B. a passé devant ma porte *et m'a vu*. Il n'a pas jugé bon de me prévenir.

Ce matin, on m'annonce que le Dr B. arrivera à midi pour déjeuner et on me prie de me trouver là à une heure et demie. Ça n'est plus la visite inattendue et je ne peux pas exiger qu'on m'invite à déjeuner (1) mais, tout de même, IL aura fait sa visite et sa petite consultation à part ; *il* n'aura pas pu résister à l'impatience de notre aimable cliente, n'est-ce pas !

Va donc, hé ! médecin de campagne !

Eh bien ! le médecin de campagne n'est pas content, pas content du tout. Comme il est très nombreux le médecin de campagne, et comme on a besoin de lui à la campagne, il se plaint tout haut. Ici, il ne met pas les noms ; c'est inutile sur le papier imprimé ; seulement, il met les noms sur une lettre séparée, qu'il adresse à l'A. G., à laquelle appartient le docteur B., et il demande formellement que « *le souci d'entretenir entre les médecins des rapports de bonne confraternité* » s'applique, d'abord, au grand groupe des maîtres de l'Art.

Souciez-vous un peu de nous autres et que les bons d'entre vous fassent la police parmi vous d'abord, messieurs nos maîtres.

Quand un de vos clients vous demande, vous appelle au secours contre notre ignorance paysanne, prenez au moins le soin de vous entendre *directement* avec nous sur l'heure et sur le jour.

Si chargées que soient vos journées, si importants que soient vos clients, parents et amis, songez que nous avons nous aussi des amis, des parents et des clients — et que notre besogne est parfois plus dure, toujours plus ingrate que la vôtre.

J. C.

P. S. J'ai peut-être tort. En ce cas, je demande qu'on m'explique ce que j'aurais dû faire.

(1) Mon poulet de ce soir, un peu sécot, me vaut une invitation à déjeuner pour.......... Mardi !

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Justice de paix du canton de Cloyes (E.-et-L.)

Audience du 27 Février 1904

JUGEMENT Dr GRILLIÈRE CONTRE LES ÉPOUX BRODIN.

La nourrice est responsable des honoraires dus au médecin pour soins donnés à son nourrisson.

Attendu que la dame Brodin a été régulièrement citée ; que si elle ne se présente pas il y a lieu de donner défaut contre elle et cela doit porter à croire qu'elle s'en remet à la sagesse du tribunal ;

Attendu que le sieur Brodin reconnaît devoir personnellement quatre francs sur la somme réclamée.

Attendu, quant au surplus, que ce sont les époux Brodin qui ont appelé le docteur Grillière pour donner ses soins à l'enfant de la veuve Deriaz qu'ils avaient chez eux en nourrice;

Attendu que le docteur Grillière ne connaît nullement la veuve Deriaz;

Attendu que cet appel a été fait dans l'intérêt des époux Brodin qui avaient l'obligation de faire soigner par un médecin l'enfant de la veuve Deriaz, malade dont ils avaient la garde ;

Attendu comme conséquence que ce sont bien les époux Brodin qui doivent au docteur Grillière la somme de quatre-vingt-trois francs que ce dernier leur réclame et que nous nous trouvons dans l'obligation de condamner les époux Brodin au paiement de la dite somme conjointement avec les intérêts de droit et aux dépens, la solidarité ne se présumant pas et devant être stipulée, ce qui n'a pas eu lieu dans l'espèce;

Par ces motifs, faisant droit aux parties et statuant en dernier ressort.

Donnons défaut contre la dame Brodin, faute par elle de comparaître en personne ou par fondé de pouvoir régulier et, pour le profit, condamnons, sauf recours contre la veuve Deriaz, les époux Brodin con-

jointement à payer au Docteur Grillière la somme de quatre-vingt trois francs qu'ils lui doivent pour les motifs susindiqués, avec les intérêts de droit, et aux dépens liquidés à onze francs cinq centimes compris billet d'avertissement, citation introductive, mais non compris les frais de timbre d'enregistrement, d'expédition et de signification du présent jugement qui demeurent également à leur charge.

CHRONIQUE DU SOU MÉDICAL

Les lecteurs du *Concours* ont dû remarquer que depuis plus de six mois la Chronique du « Sou Médical » avait cessé de paraître. Etait-ce donc qu'il n'y avait plus de quoi l'alimenter ? Etait-ce donc que depuis plusieurs mois les médecins traversaient un véritable âge d'or où les collectivités hostiles et les clients procéduriers s'étaient entendus pour honorer sans difficulté nos confrères comme ils le méritent ? Hélas, non ! bien au contraire : les difficultés soumises au « Sou Médical » n'ont jamais été aussi nombreuses qu'actuellement, et c'est précisément cette pléthore d'affaires litigieuses, qui, débordant absolument le secrétaire du « Sou », l'a empêché de continuer ses intéressants articles hebdomadaires.

Et pourtant, l'utilité de ces articles se fait sentir à chaque instant. Nos lecteurs, au récit des difficultés arrivées à leurs confrères, peuvent souvent se prémunir contre des difficultés analogues. D'autre part, ces articles sont la manifestation publique de l'activité du «Sou». Sans eux, les heureux de la profession, qui n'ont pas de difficultés et, par conséquent, pas besoin de secours, peuvent ignorer combien est grande cette activité et se laisser aller à une douce indifférence. A cause de ces raisons, il est indispensable pour tous, de tenir tous les médecins au courant de ces travaux, et cela paraîtra doublement nécessaire, si nous ajoutons que c'est seulement en proclamant son utilité, en mettant bien en évidence les services qu'il rend et en montrant à chacun son action ininterrompue, que nous réussirons à rallier au «Sou Médical», ceux de nos confrères qui jusqu'ici s'en sont tenus à l'écart par négligence, indifférence, ou insuffisance de courage à la poche. A partir d'aujourd'hui, nous avons l'intention de reprendre périodiquement ces articles momentanément interrompus et nous commençons, dès maintenant, l'exposé des affaires intéressantes en cours.

*
* *

Mais auparavant nous voulons répondre d'une façon générale à quelques questions qui reviennent périodiquement.

Pendant ces derniers temps, à la faveur des *luttes électorales*, plusieurs confrères candidats, s'étant vus insultés et diffamés publiquement par les affiches ou les journaux de leurs adversaires politiques, quelquefois confrères, sont venus porter leurs doléances au «Sou Médical», se plaindre des vivacités de la polémique et lui demander le secours de ses conseils et même de ses finances, pour poursuivre les diffamateurs. Le Conseil n'a pu que refuser les secours pécuniaires, les statuts de la Société interdisant toute immixtion dans la politique, et le secrétaire général a conseillé l'abandon de toute poursuite. En effet, dans des affaires de ce genre, même au cas où le plaignant a gain de cause, il est exposé aux sarcasmes malveillants, parfois très mordants, toujours fâcheux, des avocats ; et, d'autre part, ces faits étant du ressort du jury et la diffamation étant souvent sujette à controverse, on risque de se voir renvoyer des fins de sa plainte, bien heureux si l'adversaire n'en profite pas pour intenter une nouvelle action. *La sanction de ces polémiques relève uniquement du jugement des électeurs : nous ne saurions intervenir.*

Beaucoup de nos confrères consultent le « Sou » pour des recouvrements d'honoraires. Le secrétaire leur répond toujours en leur envoyant la marche à suivre, et fournit tous les renseignements utiles pour obtenir un résultat rapide avec le moins de frais possible. Mais, certains confrères insistent quelquefois pour que le « Sou » se charge des frais occasionnés par les actions judiciaires. Malheureusement la caisse du « Sou » ne peut aller jusque-là. Il a été décidé maintes fois dans les assemblées que les secours financiers ne doivent être accordés que lorsqu'il s'agit de questions d'ordre général, intéressant tout le corps médical. Nous savons bien qu'il serait souhaitable au point de vue général que les médecins n'eussent point de pertes d'honoraires ; mais la poursuite d'un mauvais client est un cas particulier qui n'intéresse pas la totalité du Corps médical, et ce n'est pas le but du « Sou » de percevoir les mauvaises créances. Il a trop de choses utiles à faire pour se transformer ainsi en agence de recouvrements, comme il en existe partout, ne serait-ce que par l'huissier.

Enfin, certains confrères croient devoir donner plus de poids à leurs demandes en menaçant à chaque instant de donner leur démission. Point n'est besoin pourtant de ces ultimatums. Le Conseil du « Sou » examine toujours toutes les demandes avec le plus grand soin, donne les avis en toute conscience, et, n'étant pas directement intéressé dans la question, offre toutes les garanties d'impartialité. S'il examine ces lettres comminatoires avec autant de bienveillance que toutes les autres, que leurs auteurs ne s'imaginent pas que la menace d'une démission soit susceptible d'influer en rien sur l'impartialité des décisions.

*
* *

Ces quelques remarques d'ordre général étant faites, examinons quelques-unes des affaires soumises ces temps derniers au Sou.

— Le Dr X..., ayant gagné un gros procès contre une Compagnie d'assurances, au moment du règlement des comptes, signa par surprise une pièce laissant entendre que ses honoraires et certaines avances faites étaient réglés. La Compagnie refuse aujourd'hui de reconnaître l'erreur. Le docteur se voit obligé d'intenter une nouvelle action. L'avocat conseil du « Sou », après avoir examiné le volumineux dossier de l'affaire a envoyé tous les renseignements nécessaires pour poursuivre avec succès. Mais cette affaire étant d'intérêt tout à fait particulier, la caisse n'a pas pu se charger des frais de la poursuite, d'autant plus que l'entrée au «Sou» de notre confrère X., est postérieure au début de cette affaire, ce, qui, statutairement, tranche la question.

— Cité comme témoin devant une cour d'assises, le docteur Y. prétendait, avec juste raison, se re-

trancher derrière le secret professionnel. Il s'est vu pendant une heure et demie en butte aux attaques du procureur général et du président des assises, qui, après avoir à plusieurs reprises mis en doute son honorabilité, l'ont menacé d'une arrestation immédiate. Malgré tout, le docteur a tenu bon, mais vous pouvez vous imaginer par quelles transes morales il a dû passer. Ces procédés d'intimidation sont monstrueux : l'obligation du secret médical est garantie par les lois et ce sont des magistrats, chargés de veiller à l'exécution de ces lois, qui mettent en œuvre de pareils procédés pour faire manquer à cette obligation. N'est-il pas plus avantageux pour la société de voir le médecin respecter le secret médical en *toutes circonstances*, suivant la doctrine de Brouardel, dût un coupable échapper à la vindicte publique ?

S'autorisant des conseils des hommes les plus compétents en pareille matière, le «Sou» va prendre l'initiative de démarches en haut lieu pour éviter le retour de semblables abus, car il ne faut pas que la moindre atteinte puisse être portée impunément à cette prérogative du secret professionnel, garantie traditionnelle de notre profession. Certains voudraient voir le médecin dénonciateur, en faire une sorte de policier qui, pénétrant dans les familles, en profiterait pour dénoncer ce qui s'y passe. Que la société ait intérêt à savoir, je ne veux pas discuter, il y aurait beaucoup à dire ; mais qu'elle se serve du médecin comme espion, cela non, jamais ! Y veiller, c'est faire de la bonne défense professionnelle et le « Sou médical » ne manquera jamais une pareille occasion.

— Une bonne nouvelle pour finir. Deux confrères, tous les deux membres du « Sou », se disputaient depuis plus de trois ans devant la justice. Il s'agissait de la cession d'une clientèle. Le docteur N. réclamait au docteur Z. une somme rondelette résultant de leurs conventions. Après enquête, le tribunal de première instance, puis la Cour d'appel, ont successivement donné gain de cause au docteur N., le vendeur, qui était soutenu par la caisse du « Sou » : Cette caisse a versé en la circonstance une somme de 1.436 francs 90 centimes, tant pour frais d'avocat et d'avoué que de procédure. Le Docteur Z., condamné, vient de s'exécuter et, bien que battu, il n'en garde pas rancune, voici la lettre qu'il vient de nous envoyer :

« Naturellement, je reste un des dévoués du « Sou médical », qui n'est plus mon adversaire puisque nos comptes sont réglés.

« Soyez assez aimable pour m'envoyer un exemplaire des statuts. Je désire les communiquer à un confrère nouvellement arrivé.

« Recevez, mon cher confrère, mes bien sincères compliments de bonne confraternité — D^r Z.

Entre cet aveu de respect pour l'équité et la démission qu'eût jetée un grincheux comme il en est trop, on nous permettra bien de dire qu'il y a tout un monde, celui de la confraternité vraie, auquel M. le Dr Z. appartient sans conteste par cette façon d'accueillir la sentence.

Dr Louis GASSOT.

Adjoint au Secrétariat du « Sou médical ».

LE CHARLATANISME MÉDICAL

Le supplément de la *Lanterne* publie depuis quelque temps l'annonce suivante :

Procédé préventif infaillible pour éviter les maladies vénériennes. Succès garanti. Méthode simple envoyée gratis. Doubrères. Montguyon (Charente-Inférieure).

Très intrigué et désireux de nous initier à ces pratiques mystérieuses autant qu'utiles, nous avons écrit à ce bienfaiteur de l'humanité qui a bien voulu nous honorer de la réponse ci-dessous :

Montguyon, 10 août 1904.

Monsieur,

Je reçois votre lettre du 9 courant.

Je vous envoie ci-contre le mode d'emploi des médicaments nécessaires pour éviter les maladies vénériennes.

J'ai eu de nombreux cas de succès et *des attestations* de clients ayant eu des rapports avec des personnes contaminées, sans qu'il leur soit resté trace quelconque de maladie.

Ma discrétion vous est assurée et mes envois se font discrètement sans aucune marque extérieure. Ainsi que vous le verrez, le traitement consiste en l'emploi d'un pot de pommade et d'un flacon solution, qui sont adressés franco contre 4 fr. 50.

MÉTHODE POUR ÉVITER LES MALADIES VÉNÉRIENNES.

1° S'il s'agit d'un *coït passager unique*, aussitôt après, soit uriner, soit se laver, au besoin savonner soigneusement le gland et le prépuce qui l'enveloppe, surtout la muqueuse au niveau du frein reliant le prépuce au gland.

Ceci fait, imprégner soigneusement le gland et toute la face interne du prépuce avec la solution colorée évitant l'excès de liquide qui pourrait tomber sur la chemise et la tacher.

Le soir, en se couchant, s'enduire soigneusement le gland et le prépuce de la pommade.

2° S'il s'agit de *coïts multiples et répétés* à courtes distances, il ne faut pas se servir après le premier coït de la solution qui aurait pour effet de *ratatiner le gland*, mais simplement se laver et s'enduire la verge avec de la pommade. Ce n'est qu'après le dernier coït qu'une lotion de l'organe avec la solution détruit tous les germes nocifs.

P.-S. — *Si la femme doit pratiquer le coït bucco-lingual* avoir soin de bien se laver et essuyer la verge car la pommade est toxique.

A vos ordres, etc...

Les deux produits ne se délivrent pas séparément.

Cette suggestive correspondance prouve qu'en dehors de la pharmacie galénique et de la pharmacie magistrale, il existe une façon fort originale de comprendre l'exercice de cette profession qu'illustrèrent les Pelletier, les Caventu, et bien d'autres encore.

Ces maîtres distingués auraient-ils jamais pensé à enseigner au bon public à pratiquer sans danger le coït bucco-lingual.

Nous espérons que l'on saura gré au *Concours médical* d'avoir généreusement offert la publicité de ses colonnes pour faire connaître à tous

une méthode si utile, si digne d'être encouragée et répandue. Dr Q. SAINT-AURENS.

N. B. Nous rappelons à tous nos confrères qu'un congrès est en préparation pour la répression de l'exercice illégal de la médecine. Nous leur demandons de faciliter le travail ingrat des rapporteurs en continuant à adresser au Dr Saint-Aurens, secrétaire du congrès, 14, rue d'Abbeville, Paris, tous documents pouvant intéresser l'exercice illégal. Ils seront envoyés directement à chaque intéressé.

REPORTAGE MEDICAL

La diminution du nombre des cabarets à Lille. — L'exemple du Dr Augagneur, de Lyon, vient d'être suivi par le maire de Lille. Celui-ci vient, en effet, de prendre un arrêté, aux termes duquel il est interdit d'ouvrir, dans la ville de Lille, de nouveaux débits de boissons, cafés, cabarets, etc. : à une distance de moins de 250 mètres (deux cent cinquante mètres) des cimetières, des édifices consacrés à un culte quelconque, des hospices, des écoles primaires, collèges ou autres établissements d'instruction publique. Les infractions seront constatées et poursuivies conformément aux lois.

Ecole du service de santé militaire. — Concours de 1904. Liste par ordre de mérite des candidats admis comme élèves à l'école du service de santé militaire par décision du ministre de la guerre du 10 septembre 1904.

MM. Scherrer, Trabaud, Guerrier, Louis, De Vezeaux de Lavergne, Moulonp, Delacroix, Gillain, Heymann, Rivay, Barbier, Debombourg, Pierron, Riss, Bénazet, Garnier, Labastie, Villemin, Moner, Bergeret, Izard, Laurens, Mony, Lubet, Bourguignon, Chatinières, Rigaux, Biau, Audet, Plasson, Mallet, Sarda, Buffé, Gaud, Lheureux, Basque, Maupin, Potier, Blanc, Curet, Morel, Thurel, Colleye, Meslin, Combe, Sorlat, Nénon, Druard, Badie, Bouchet, Claret, Raisie, Lambert des Cilleuls, Fouques, Baverey, Graindorge, Junquet, Servent, Rault, Cristol.

Les trente premiers des élèves ci-dessus nommés devront se présenter à ladite école, à Lyon, le jeudi 20 octobre, à huit heures du matin, et les autres le même jour, à deux heures de l'après-midi.

L'Assistance médicale dans le Calvados. — Nous venons de lire avec stupéfaction la discussion du Conseil général qui s'est déroulée en août sur cette matière. Pas une idée, pas une vue, qui semblent avoir été inspirées par des médecins, et quand on parle de consulter ceux-ci la proposition trouve un accueil glacial. — Nous supplions les syndicats de ce département de se remuer et de s'affirmer suivant leur droit. Il y a dans ces questions d'autres préoccupations à envisager que celles de la Caisse départementale, et, puisque la décision est différée, nos amis feront bien d'exiger d'être entendus avant l'heure du fait accompli.

Réclames charlatanesques ; responsabilité du directeur du journal. — Un des principaux journaux de Breslau avait inséré à plusieurs reprises une annonce d'un empirique qui promettait, contre espèces sonnantes, la guérison sûre et rapide, sans interruption de travail et à défaut de diagnostic, de toute maladie des organes abdominaux et des parties sexuelles. Le tribunal provincial de Breslau vient de condamner le rédacteur en chef dudit journal à une amende de 3.000 marks (3.750 francs), sous prétexte qu'il devait être convaincu de l'inexactitude des promesses contenues dans une pareille annonce. La condamnation a été maintenue par la Cour d'Appel (*Deutsche medicin Wochenschrift*, 1904, n° 13, p. 472).

Une nouvelle loi sur la santé publique. — M. X. (un législateur amateur totalement ignoré jusqu'ici) vient de déposer dans les bureaux du « Journal », sans doute parce que les Chambres ne lui sont pas ouvertes, à notre grand regret, une proposition de loi ainsi conçue et déjà imprimée que nous nous faisons un devoir de livrer à la discussion des gens sérieux et pratiques :

« La famille d'une personne malade devra conserver jusqu'à guérison complète, ou jusqu'au décès, les ordonnances du médecin ou des médecins qui auront donné des soins à ce malade.

« L'Etat instituera des commissions choisies parmi des hommes compétents et d'une expérience reconnue, comme contrôleurs médicaux.

« Il y aura une commission pour trois ou quatre départements et interchangeable ; une commission ne pourra exercer plus de deux années de suite dans les mêmes départements.

« La famille ne pourra s'opposer à l'autopsie du décédé, ce contrôle médical étant reconnu d'utilité et de sécurité publiques.

« Ces commissions de contrôle auront pour mission d'aller dans les villes, villages etc. Ils se rendront à la mairie, déclineront leur qualité et ils prendront au hasard, sur le registre des déclarations de décès, un décédé du jour ; ils demanderont à la famille les ordonnances du médecin ou des médecins qui ont donné des soins à ce décédé. Sans consulter ces ordonnances, ils devront les mettre sous pli cacheté. Ils feront l'autopsie du décédé et diront, par un rapport, à quelle maladie a succombé le décédé, et ce qui a entraîné la perte de la vie.

« Ils décachetteront le pli cacheté renfermant les ordonnances du médecin ou des médecins qui ont donné des soins à ce décédé, et verront par les médicaments donnés si le médecin a bien soigné ce malade pour la maladie que l'autopsie aura révélée.

« S'il est reconnu que ce médecin s'est trompé, *lui retirer pendant six mois le droit d'exercer*, ce qui lui permettra d'aller terminer ses études *et s'il y a récidive, lui retirer le droit d'exercer définitivement.* »

O canicule, voilà bien de tes coups !

Une paralysie professionnelle. — M. le Dr Schultz signale dans un journal allemand une paralysie spéciale des muscles innervés par les péroniers, paralysie qui s'observerait chez les ouvriers occupés à la culture de la betterave, et proviendrait de leur attitude habituelle dans le travail, qui consiste à se tenir agenouillés sur le sol pour arracher les plants débiles, et à ne progresser qu'en se traînant sur la face-antérieure de la jambe.

La lutte contre la tuberculose à Paris. — Le Conseil municipal de Paris vient de prendre une délibération portant qu'une somme de 3.000 fr. sera allouée à M. le Pr GRANCHER et à ses collaborateurs, en vue de continuer leurs travaux commencés relativement aux moyens de combattre la tuberculose dans les écoles.

Gratuité des certificats de blessures et des appareils orthopédiques. — Le Conseil municipal de Paris vient de décider que les certificats de blessures aux blessés victimes d'accidents du travail, soignés dans les hôpitaux, seraient délivrés gratuitement et que les malades indigents de la banlieue recevraient gratuitement, au même titre que les malades de Paris, les appareils orthopédiques ordonnés par les médecins des hôpitaux.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs MARCHIN DE MODAVE, de Rambouillet (S.-et-O) ; LAMY, de Caumont (Calvados) et RENAUDIN, de Pogny (Marne), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année | N° 39 | 24 SEPTEMBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques; Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY,

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

ENCORE UN REFERENDUM

La revision de l'indemnité de déplacement du médecin.

Au moment où, d'après les indications de tous nos confrères, nous nous préparons à la rédaction du *Tarif minimun unique des Syndicats médicaux*, telle que la désirent les pouvoirs publics, nous constatons que l'accord est déjà fait sur presque tous les points.

Il n'en est qu'un où le flottement se fait sentir, c'est celui qui se rapporte à l'indemnité de déplacement. Mais il est grave, très grave, ce point là, beaucoup plus que ne semble le prévoir la grande masse des praticiens. Il touche aux intérêts les plus respectables et les plus vitaux des médecins et de leurs clients, et nous pensons qu'au moment de laisser peut-être consacrer des chiffres *par une loi*, il faut interroger, avec le plus grand souci de l'équité, de la précision, et même des législations de demain, ces intérêts capitaux contre lesquels nous ne saurions marcher longtemps.

M. le Dr Marcel Beaudouin indiquait l'autre jour, dans la *Gazette médicale de Paris*, les résultats de notre routine en ce qui concerne les honoraires pour soins donnés aux habitants des campagnes : ces honoraires tendent à devenir écrasants sous le poids de l'indemnité kilométrique, qui tombe alors par surcroît sur les bourses les moins garnies. Conséquences : le médecin est peu appelé aux champs ; le malade y est peu soigné ; on s'en tire avec les prescriptions de la médecine illégale, quand on s'en tire ; en un mot, tout un terrain d'action et de gain échappe au corps médical, en même temps que, dans ces régions, la santé publique est livrée à toutes les aventures.

Mais notre confrère ne nous a pas donné l'idée de derrière la tête, d'où il espérait voir un jour sortir le remède. Moins patient que lui, j'ai subi sa préoccupation avec une fidélité qui date de plusieurs années, et sous l'impérieuse obsession de demander le remède au corps médical lui-même, parce qu'il est seul capable d'en faire l'application avec discernement, en rompant *proprio motu* avec des routines absurdes autant que bien implantées.

C'est à propos d'accidents du travail industriel que nous sommes mis en demeure de faire de l'uniformité bien équitable, bien raisonnée, acceptable partout : mais n'oublions pas que la protection des travailleurs agricoles, l'expansion de la mutualité, le développement de l'hygiène et de l'assistance vont, demain ou bientôt, créer la même situation jusque dans nos plus petits hameaux, et qu'après tout, le devoir de solidarité sociale si solidement ancré au cœur du médecin, ne nous permet pas plus longtemps de rester impassibles devant une véritable iniquité.

C'est sous cette impression que j'ai hâte de soumettre à nos confrères un projet de réglementation de l'indemnité kilométrique qui pourrait devenir d'application générale dans le plus bref délai, s'il entrait, avec leur approbation, dans le *Tarif minimum des Syndicats médicaux* et se trouvait consacré ensuite par la loi accidents, à la faveur de l'amendement Gourju.

Voici ce que je proposerais, *parlant à titre purement personnel*.

1. Dans la rédaction du tarif *minimum*, le point de départ de tout calcul serait la consultation au

cabinet fixée à 2 fr. C'est l'avis médical pur et simple, sans aucune circonstance accessoire appelant rémunération particulière.

2. Le déplacement apparaît dès qu'il y a visite au dehors : son importance est difficile à prévoir, à mesurer, à traduire en chiffres quand il se fait dans la résidence, celle-ci pouvant être d'étendue fort variable. Mais on doit être dans l'équité en lui attribuant une indemnité de 1 fr., bien modeste rémunération des moyens de transport, du temps employé, du dérangement causé.

La visite *dans la résidence*, le petit pansement à domicile *dans la résidence*, seraient donc tarifés à 2 fr. + 1 fr. = 3 frs.

3. Hors de la résidence, le prix de la visite simple serait ainsi fixé. (*Ce barême est surtout une base de discussion*).

Visite à un demi-kil.	de distance	soit	1 kil.	parcouru à	0 fr. 50	le kil. parcouru	3 fr. + 0.50 = 3.50
—	1 kil.	—	soit 2	—	0 fr. 50	—	3 fr. + 1 fr. = 4 »
—	1 kil. 1/2	—	soit 3	—	0 fr. 50	—	3 fr. + 1.50 = 4.50
—	2 kil.	—	soit 4	—	0 fr. 50	—	3 fr. + 2 = 5 »
—	2 kil. 1/2	—	soit 5	—	0 fr. 40	—	3 fr. + 2 = 5 »
—	3 kil.	—	soit 6	—	0 fr. 35	—	3 fr. + 2 = 5 »
—	3 kil. 1/2	—	soit 7	—	0 fr. 30	—	3 fr. + 2 = 5 »
—	4 kil.	—	soit 8	—	0 fr. 25	—	3 fr. + 2 = 5 »
—	5 kil.	—	soit 10	—	0 fr. 25	—	3 fr. + 2.50 = 5.50
—	6 kil.	—	soit 12	—	0 fr. 25	—	3 fr. + 3 = 6 »
—	7 kil.	—	soit 14	—	0 fr. 25	—	3 fr. + 3 = 6.50
—	8 kil.	—	soit 16	—	0 fr. 25	—	3 fr. + 4 = 7 »
—	9 kil.	—	soit 18	—	0 fr. 20	—	3 fr. + 3.60 = 6.50
—	10 kil.	—	soit 20	—	0 fr. 15	—	3 fr. + 3 = 6 »
—	11 kil.	—	soit 22	—	0 fr. 10	—	3 fr. + 2.20 = 5.50
—	12 kil.	—	soit 24	—	0 fr. 08	—	3 fr. + 2 = 5 »

Les chiffres d'indemnité kilométrique ci-dessus seraient doublés pour les trajets très accidentés et en pays de montagne ; de même, cela va sans dire, pour les voyages demandés la nuit.

Chers lecteurs, nous voyons d'ici le geste de stupéfaction qui va être le premier mouvement de beaucoup d'entre vous, à l'examen de ce que nous venons d'écrire. Cédez-y sans contrainte à ce premier mouvement : plaisantez, protestez, tempêtez si bon vous semble, car tout cela fait parfois du bien et prédispose, en définitive, au calme qu'exige la discussion fructueuse, l'examen des arguments, l'appréciation des solutions. Plus d'une fois nous avons ici, par des propositions imprévues, fait regimber les routines et les idées préconçues ; plus d'une fois, des camarades qui ont le réveil difficile, nous ont amèrement reproché de troubler leur quiétude à l'improviste et sans crier gare. Mais, c'est là notre rôle : réveiller les amis, coûte que coûte, pour leur arracher un avis motivé, (favorable ou non, peu importe), en tout cas *sérieusement étudié*.

Donc, nous l'entendons bien, c'est un concert de critiques qui va s'élever d'abord : tâchons d'en démêler les notes.

« Ridicule, illogique, absurde, va-t on dire en premier lieu, de fixer le prix de l'indemnité à des chiffres d'autant plus faibles que nous avons à courir davantage ! »

— « Que nous parlez-vous, diront d'autres, d'indemnité kilométrique à 0,15, quand tout le monde sait qu'avec le cheval ou l'automobile le prix

FEUILLETON

De l'automobilisme médical

(*Suite*)

Petit à petit, l'idée de se faire traîner par un moteur à pétrole plus actif qu'un moteur à avoine, fait son chemin dans le monde médical. — Et cependant je viens de recevoir d'un confrère de l'Eure une lettre qui témoigne d'un tel état d'indecision que je veux encore revenir sur la question. Mais cette fois je n'ai ni le temps, ni la place de recommencer une démonstration et je vais procéder par affirmations simples dont chacun, après une année au plus d'expériences, pourra reconnaitre la justesse.

1° La voiture.

Elle existe : Nous l'avons choisie aussi simple de mécanisme et aussi robuste de châssis que possible. Le moteur est un de Dion 9 chevaux, monocylindrique, à régulateur permettant :

a) De rouler seul avec une dépense très faible d'essence;

b) De rouler à 4 avec une dépense plus considérable.

Vitesse moyenne, dans les 2 cas, 30 kilomètres à l'heure avec maxima de 40.

Sur cette voiture se trouvent tous les accessoires indispensables pour assurer le confortable et la sécurité de la route : éclairage, chauffage, couverture.

A mon avis, le capotage ne doit jamais constituer qu'un en cas pour les surprises du mauvais temps. Il n'est pas nécessaire d'avoir une capote lourde, fragile, peu maniable. — Un bon tablier est plus utile que la capote.

Cette voiture automobile consomme environ, tous frais compris, 0, 15 du kilomètre. Le prix du kilomètre cheval est à peu près de 0.25.

Son entretien demande environ une heure par jour. Celui des accessoires autant. Par définition, elle doit être toujours prête à partir. Par prudence, il sera bon de lui accorder un jour de congé tous les 2 mois pour un nettoyage complet et une revision minutieuse faite par le domestique. — Ce jour-là on prendra un cheval chez le loueur, ou bien on ne sortira pas, ou bien ce nettoyage sera terminé pour la tournée du soir. Il est facile de s'arranger.

Je sors toujours seul. Je prends rar ment des voyageurs en route. Je rentre à l'heure convenue plus régulièrement qu'avec des chevaux.

Une voiture semblable, bien proportionnée dans ses résistances, réparée et soignée en temps voulu doit durer, en théorie, indéfiniment: en pratique au moins dix ans.

La question de la durée n'est qu'une question de

de revient du kilomètre parcouru ne tombe pas au-dessous de 0,25 ?

— « Vous oubliez, nous criera un troisième, que ce minimum nous est reconnu par l'Assistance elle-même, qui ne se pique pas de prodigalité ; et vous allez remettre en question une conquête péniblement faite ! »

— « Heureux mortels, clameront les plus juifs-errants de la profession, vous en parlez bien à votre aise, parce que vous exercez dans des régions à population très dense. Songez donc que nous vivons, nous, des visites à grande distance et que c'est toucher à notre gagne-pain que de songer à en abaisser le prix ! »

« Quelques-uns, enfin, se plaçant à un autre point de vue, vont protester que les habitants des campagnes, placés loin des médecins, verront ceux-ci les abandonner, parce que leurs soins seront insuffisamment rétribués. »

Etc.. Etc....

Nous n'avons pas la prétention d'avoir ainsi prévu toutes les objections, puisque nous les sollicitons avec instance, mais si elles devaient se borner là, il nous semble bien que nous opposerions au bloc des inconvénients signalés, un bloc d'avantages très capable de l'emporter sur l'autre. Essayons d'en donner une idée.

— Quand le médecin, en quelque point qu'il réside, roule, à 0,25 du kilomètre, pour le compte des collectivités qui réclament notre tarif minimum uniforme, il ne trouve, dans l'indemnité kilométrique actuelle, que de quoi payer bien juste ses dépenses de transport. Donc, pas d'éléments de recette à prévoir de ce côté. L'unique gain sera la rémunération de son acte médical près du client éloigné. Or, quand la distance à parcourir dépasse deux lieues, cette rémunération, d'après les chiffres actuels, vaut-elle le temps passé hors de chez soi, temps qui eût pu être consacré à des visites plus rapprochées et, dans notre système plus rémunératrices, à des consultations, qui s'en iront chez le pharmacien, à des travaux plus lucratifs ? *Oui*, dans *quelques* cas, c'est-à-dire quand la tournée est commune à une série suffisante de malades et que, parmi ceux-ci, se trouvent des clients payant plus que le tarif ouvrier. *Non*, au contraire, quand la pointe est poussée à grande distance pour un ou deux clients justiciables de ce tarif ; et ce qui le prouve bien c'est la parcimonie des visites aux malades trop éloignés qu'on ne surveille pas autant que les autres... parce qu'ils accaparent le temps sans fournir compensation pécuniaire suffisante, malgré l'élévation relative des honoraires qu'ils doivent payer ; c'est le refus d'accepter les soins aux assistés trop lointains, etc., etc.

Tout nous porte à croire que, détourner le médecin des visites trop éloignées en réduisant un peu l'indemnité kilométrique actuelle, ce n'est pas lui causer un préjudice notable. Mais, en supposant qu'il y en ait un, nous avons la certitude de le compenser largement en majorant cette indemnité pour les courses comprises dans une zone de moins d'une lieue de rayon. En effet, le praticien a là plus de clients et par conséquent de visites qui seront soumises à majoration qu'il n'en a au loin sujettes à diminution: nous n'en voulons d'autre preuve que le choix de sa résidence, car il est bien évident qu'il s'est placé le plus possible au centre de sa clientèle, et que, s'il a besoin de celle-ci pour vivre, il se déplacerait avec ce centre dans le cas où celui-ci changerait. Et, si nous admettons même que, par circonstance imprévue, ce praticien ne gagne pas un peu, pécuniairement parlant, au système que nous proposons, il aura au moins diminué ses déplacements pénibles et ses pertes de temps.

Si bien que, jusqu'à nouvel avis de nos confrères, nous ne voyons pas l'intérêt du corps médical lésé par ce projet. C'est un premier point d'importance capitale que nous voulions mettre d'abord en pleine lumière, pour répondre aux objections les plus pressées.

— Passons maintenant à l'examen des consé·

---

solidité primitive et de conduite habile. Méfiez-vous des moteurs puissants attelés à des châssis trop faibles. Défiez-vous des voitures d'occasion vendues généralement le triple de ce qu'elles valent. Défiez-vous des voitures trop bon marché qui ne peuvent durer plus de quelques années sans être transformées entièrement : une dent qui casse est une question d'argent : un essieu qui se rompt est une question de vie.

Cette voiture roule et vit avec ceci :

Essence. La meilleure est l'essence ordinaire. Je la prends actuellement par barils de 190 litres coûtant 71 francs. Elle n'a aucune espèce d'inconvénient. Au contraire, elle semble donner plus de force.

Huile. Avec un moteur qui ne chauffe pas, il n'est pas nécessaire de payer son huile 1 fr. 50 le litre. J'indiquerai à ceux qui le voudront une huile excellente à 0 fr. 45 le kilo. S'ils n'oublient pas d'en mettre, je leur défends de gripper.

Allumage. Des accus: il y en a de bons et de mauvais: il faut en prendre des bons. De même pour les bougies. Les de Dion ont la porcelaine trop longue et cassent facilement.

La came de Dion est faite pour fonctionner avec une bobine sans trembleur. Vouloir s'en servir avec une bobine à trembleur, c'est s'exposer à beaucoup d'ennuis. Les piles donnent de mauvais résultats avec une bobine à trembleur, surtout dès qu'elles sont tombées à 6. C'est encore bien pis avec l'auto-trembleur. Leur débit n'est pas assez brusque pour la rapidité de la lame vibrante.

Pneumatiques. Achetez des pneus de bonne qualité extra forts. Vous devrez en renouveler deux par an. Ne faites à vos chambres à air que les réparations possibles. Les petits trous obturés avec des pastilles préparées sont insignifiants, les pastilles tiennent même sur une voiture assez rapide et lourde. — Les éclatements ne peuvent se réparer qu'à l'usine. La vulcanisation, par des procédés chimiques, faite sur l'établi de la remise, me paraît plus coûteuse que certaine. Arrangez-vous de manière à renouveler vos pneus et vos chambres au début de l'été. En hiver, les réparations les plus invraisemblables tiennent quelque temps. En été tout se décolle.

Il faut se résigner à ceci: le pneumatique en caoutchouc est incommode et coûteux. Cependant c'est grâce à lui que l'auto est arrivé au degré de développement prestigieux d'aujourd'hui, et il n'y a que lui.

Récemment, sur la foi d'un prospectus envoyé par une maison, je me suis adressé à cette maison pour faire rechaper en cuir des enveloppes usagées — Rechapées en caoutchouc, ces enveloppes eussent fait un très bon service. En cuir, ce fut autre chose. Montées le lundi sur la voiture, le vendredi suivant une d'entre elles était tout à fait hors d'usage — les deux autres ne valaient guère mieux. Je mets en garde mes confrères contre ce prospectus illu-

★

quences indiscutablement avantageuses, pour les médecins, de la modification projetée.

C'est, tout d'abord, la détermination nouvelle d'une indemnité fixe pour le déplacement, qui différencie la visite dans la résidence de la consultation au cabinet. Depuis l'époque où fut rédigée la première édition du tarif ouvrier du Concours, ce principe s'est trouvé consacré par l'usage à peu près général, et il s'impose par l'étendue habituelle des communes où réside le médecin ; grandes et petites villes, gros bourgs assez peuplés, dont les dimensions quelconques excèdent toujours le kilomètre et atteignent généralement beaueoup plus.

C'est ensuite et surtout la majoration équitable de l'indemnité, dans la zone d'un rayon d'une lieue où habitent la plupart de nos clients. Nous disons équitable, parce qu'il ne faut pas que ces clients-là, qui sont suffisamment à portée pour bénéficier de toute notre sollicitude, de toute notre vigilance, s'en voient privés parce que nous reculerons devant les seuls frais de voiture. C'est l'intérêt général de la santé publique qui impose cette mesure ; tant mieux, si, par surcroît, il protège aussi et l'intérêt pécuniaire du médecin et la bonne utilisation de son activité et de son dévouement.

Mais, le bienfait de cette réforme qui nous paraît primer tous les autres, celui qui en est le but réel, c'est la médecine mise à portée de tous les habitants des campagnes, c'est la vulgarisation de l'hygiène dans les régions les plus déshéritées. Si ce résultat n'est pas atteint du jour au lendemain, il n'en serait pas moins fatal et pourrait certainement être déjà obtenu en grande partie dans une dizaine d'années.

Voici comment :

Le véritable motif qui empêche les néo diplômés d'aller créer aux champs des postes intermédiaires aux clientèles existantes, c'est que les titulaires de celles-ci ont encore un petit intérêt à ne pas abandonner à un nouveau venu les extrémités des rayons de leur exercice. Pour écarter quelqu'un qui leur prendrait là les *rares* clients aisés ou riches, ils gardent aussi la *charge* provenant du monde ouvrier agricole. L'ancienneté dans le pays, les services rendus, l'influence des relations et de la politique, tout cela venant au secours d'un intérêt personnel certain, quoique peu considérable, ils sont indélogeables des situations acquises autrement que par des concurrences et des luttes misérables qui répugnent parfois aux débutants et épuiseraient d'ailleurs rapidement leur petite mise de fonds.

Et, pendant ce temps-là, les malades qui payent supportent des honoraires trop lourds ; les pauvres sont insuffisamment soignés ; le budget de l'assistance verse des indemnités kilométriques considérables et proteste au quart d heure de Rabelais ; la matrone sévit ; l'instituteur vaccine ; le rebouteur prospère. Rien d'étonnant à tout cela : le médecin qui est à trois lieues de là n'est même que vaguement informé de tous ces abus. On ne peut pas être partout, n'est-ce pas ?

Or, viennent à disparaître, par notre modification du tarif, le maigre bénéfice qui rattachait le praticien à ces communes lointaines ; celles-ci, groupées à leurs voisines d'une autre clientèle également surchargée, vont constituer un poste où le débutant sera le bienvenu des confrères un peu avisés qu'il décharge, bienvenu aussi de la municipalité, de la mutuelle, des habitants, tous très heureux 1° de recevoir des notes moitié moindres pour des visites plus fréquentes et des soins plus assidus, 2° d'avoir le médecin sous la main, 3° de profiter journellement de ses connaissances même extra médicales, 4° de recevoir de ses mains s'il n'y a pas d'officine (ce qui est la règle), les médicaments qu'il faudrait aller chercher à quelques lieues encore.

De son côté, n'étant plus sottement combattu, le jeune confrère vivra bien là, occupé, considéré, payé ; plus heureux que beaucoup de nos camarades des villes, s'il sait arranger le côté intellec-

---

soire. Soit mauvais principe, soit mauvaise méthode, le rechapage de cuir ne vaut rien.

Quant au pneu tout en cuir, ses inventeurs en disent beaucoup de bien.

Reste une autre solution : Remplacer le pneu par des ressorts. C'est la roue élastique Roussel. Je n'en ai encore vu qu'au Salon. Il paraît cependant que ceux qui en possèdent s'en déclarent satisfaits, au moins sur le prospectus. J'ai, je l'avoue, une prévention. Pourquoi voit-on si peu de ces roues ? Toutefois, ne l'ayant pas essayée par moi-même et n'en ayant pas entendu parler d'une façon sérieuse par quelqu'un en qui je puisse avoir confiance, je réserve mon appréciation.

Jusqu'à nouvel ordre, pneu en caoutchouc, renforcé; — Rien ne peut encore remplacer ce bandage.

Eclairage. La voiture Buat est éclairée de façon suffisante et sûre par son double système de pétrole et d'acétylène.

J'ai depuis plusieurs mois en service sur une voiturette assez rapide, un générateur et deux éclaireurs Alpha. Il est impossible de rêver plus brillante lumière. Ce sont des phares lenticulaires : une lentille planconvexe est placée au centre, foyer du réflecteur, et se charge de rassembler les rayons vagabonds. On a reproché aux phares lenticulaires d'étendre devant eux un véritable rayon de soleil, mais de laisser les coins dans l'ombre, et aux tournants, de continuer à couvrir de leur implacable lumière les objets placés dans l'axe de la voiture, tandis que la route fuyante devient obscure. Comme toutes opinions absolues, celle-ci est à peu près fausse. Pour remédier à l'inconvénient, d'ailleurs bien exagéré, du faisceau rectiligne projeté par ces phares, il suffit de déplacer un peu en dehors l'axe des porte-lanternes. Avec cette disposition bien simple, vous bénéficiez de toute l'incomparable puissance de ces éclaireurs et vous voyez la route à peu de chose près aussi bien qu'en plein jour.

Ils ont un autre avantage. Jusqu'à présent, si l'on voulait conserver en bon état son générateur, il fallait de toute nécessité le vider le soir, en rentrant, et, par conséquent au cas d'une sortie nocturne, le préparer de nouveau. Ici rien de semblable. En remisant la voiture, vous fermez l'unique robinet dont ce générateur est muni. L'attaque du carbure cesse presque instantanément. Et tout est prêt pour le départ.

La semaine dernière, réveillé à 2 heures du matin pour un assassinat, j'étais à 2 heures vingt près de la victime, à 6 kilomètres de Méru, et à 3 heures rentré chez moi. — Cocher, cheval et lanternes eussent été à peine partis.

La prochaine causerie sera consacrée à la description aussi détaillée que possible de la voiture légère L. Buat.

(*A suivre*).

Dr Cour.

tuel de son existence, plus heureux en tout cas que ceux des nôtres, qui exercent sous une discipline, ou dans des corps vaguement constitués : médecins sanitaires maritimes, confrères coloniaux, médecins communaux d'Algérie, et autres pionniers qu'on appelle à grand orchestre du côté de l'Indo-Chine, de Madagascar ou du Maroc mystérieux, où on leur promet..... l'inconnu, qui peut séduire à vingt ans mais ne satisfait plus la trentaine.

« Mais c'est mon rêve de jadis que vous poursuivez là », vont nous dire nos confrères Guillou (de la Tremblade), Duchesne (de Fontenay sous-Bois), Boyer (de Bordeaux), Perrimond (de Grasse), et tous ceux qui prônaient, dans l'enquête Gouffier sur l'encombrement médical, *la limitation des clientèles* !

Oui, tout simplement, c'est la *limitation des clientèles*, mais échappant sous cette forme à toutes les objections que résuma si bien, à cette même époque, M. le Dr Hervé, de Lamotte-Beuvron. Elle serait effectuée par nous-mêmes, spontanément, peu à peu, sous la poussée de notre intérêt particulier choisissant son heure et ses moyens. La liberté, toujours inquiète devant les interventions officielles, n'y trouverait ici que le point d'appui de son action : approbation par le Tarif d'un nécessaire changement d'habitudes. C'est donc sous un tout autre aspect, et avec les apparences de réalisation plus facile, que la solution se présente aujourd'hui, et s'impose à l'attention.

A nos lecteurs de dire bien vite (avant quinze jours à cause de la rentrée des Chambres) si j'ai caressé une chimère, et s'il vaut mieux rester dans le statu quo.

Un fait, du moins, ne sera pas contesté, c'est que le projet donnerait à nos populations rurales la satisfaction légitime qu'elles réclament depuis longtemps, et qu'un Etat qui s'inspire des idées de solidarité sociale serait fort mal venu à ne pas seconder sa réalisation.

Dr H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Prophylaxie du rachitisme dans les crèches.

Dans une très intéressante thèse, M. le Dr Braunberger étudie les causes du développement du rachitisme dans les crèches, et il arrive aux conclusions pratiques suivantes pour la prophylaxie de cette pénible maladie dans les crèches.

1° Le premier devoir d'une mère est de nourrir elle-même son enfant, le plus longtemps possible. Elle ne devrait pas le confier à la crèche avant l'âge de 5 à 6 mois. Si elle est obligée de travailler au dehors pour subvenir aux besoins de sa famille, il y a très grand avantage pour l'enfant à ce qu'elle vienne à la crèche lui donner le sein.

2° Les tétées des nourrissons doivent être réglées: le nouveau-né sera, dans les deux premiers mois, mis au sein pendant dix minutes environ toutes les deux heures dans la journée ; la nuit deux fois seulement. Il faut dès le 2e mois essayer de supprimer autant que possible les tétées de la nuit et c'est une faute de faire téter l'enfant la nuit pour calmer ses cris. Plus tard, les tétées de jour devront avoir lieu toutes les 2 heures 1/2 ou 3 heures.

3° L'allaitement artificiel ne vaut pas l'allaitement maternel et, lorsqu'il n'est pas pratiqué soigneusement, il est cause des troubles digestifs si fréquents chez les enfants dont les parents sont négligents.

4° A la crèche, l'enfant est nourri au biberon et au lait stérilisé. La crèche donne du lait stérilisé aux mères pour l'allaitement de leur enfant ; les biberons que l'on remet en même temps sont de simples bouteilles graduées ne renfermant que la quantité nécessaire pour un repas. La crèche fournit des tétines en caoutchouc.

5° On ne doit déboucher les flacons qu'au moment de s'en servir ; lorsqu'on veut en faire usage, on plonge la bouteille dans l'eau chaude, et dès que le contenu est tiède on débouche le flacon. Une bouteille débouchée ne doit jamais servir deux fois : si, après la tétée, il reste du lait dans le biberon, il faut le jeter.

6° Les tétines seront soigneusement lavées à l'eau bouillante après chaque tétée et plongées dans l'intervalle des tétées dans un verre contenant de l'eau boriquée. Il faut bien se garder d'agrandir les trous de la tétine. Il faut bien la nettoyer, avant et après chaque tétée, avec de l'eau bouillante.

7° Lorsqu'un enfant a cessé de boire, il faut lui retirer le biberon et ne jamais lui laisser la tétine dans la bouche.

8° Il faut attendre l'éruption des dents (vers le 8e mois) pour donner à l'enfant des soupes. C'est d'ailleurs le médecin de la crèche qui en indique l'âge. Les mères n'ont pas à donner des soupes chez elles (sauf le dimanche) parce que les enfants en prennent à la crèche à partir de l'âge où ils en ont besoin. Le tapioca au lait, la bouillie au lait faite avec semoule ou purée de pommes de terre, constituent les meilleurs potages.

9° On ne doit jamais faire prendre aux enfants des aliments ou boissons semblables à ceux des grandes personnes. Les enfants plus âgés, vers 2 ans, reçoivent à la crèche l'alimentation proportionnée à leur âge et suffisante pour 24 heures. Il suffit de leur donner, la nuit, un peu de lait ou d'eau bouillie. Le dimanche, on peut leur donner du jus de viande blanche, des purées de légumes bien cuits, un peu de poisson frais, des crèmes, des gâteaux de riz.

10° Si l'enfant présente la moindre indisposition (vomissements ou diarrhée), il ne faut lui donner que de l'eau bouillie, en attendant l'avis du médecin qu'il faut se hâter de consulter.

Mais, le fonctionnement régulier de la crèche, mais la collaboration du médecin et de la mère, en vue de sauvegarder l'enfant, ne donneront de résultats qu'autant que les enfants admis dans les crèches y recevront tous les soins que nécessitent leur alimentation et leur élevage. Ces résultats ne seront obtenus qu'avec un personnel à la hauteur de sa tâche et en nombre suffisant. C'est dans cette insuffisance du nombre des berceuses que réside la principale cause du rachitisme des crèches. Il faut de toute nécessité qu'il y ait au moins une aide pour huit enfants sevrés. Malheureusement, les crèches en général sont pauvres. C'est aux pouvoirs publics, qui ne doivent jamais perdre de vue ce qui intéresse la santé générale et la dépopulation, de se préoccuper de cette question : c'est à eux qu'il appartient d'aider les bonnes volontés qui dépensent leur bourse et leur temps à soigner les petits êtres, à quêter pour la

crèche, à s'ingénier pour la faire vivre. Non pas que l'action administrative doive absorber l'initiative privée : il ne faut pas que la crèche devienne un rouage officiel. Il faut qu'elle garde son indépendance : il y aura lutte, effort, émulation entre toutes les crèches. C'est à cette seule condition d'avoir des ressources suffisantes que les crèches pourront augmenter leur personnel, donner tous leurs effets, tenir toujours leurs promesses et ne plus mériter le nom de pépinières d'enfants atrophiques ou rachitiques.

Gravité de la syphilis à complications oculaires.

M. le Dr *Motais* a fait à l'Académie une communication où il insiste sur cette particularité que l'apparition de phénomènes oculaires dans la syphilis comporte généralement un pronostic sérieux pour l'évolution générale de la maladie.

Déjà M. le Dr Trousseau a publié en 1900 un travail intitulé : « Valeur pronostique de l'iritis dans la syphilis, etc. », dont voici les conclusions : « Sur 40 malades observés, 6 ont été peu éprouvés, 9 ont eu des accidents sérieux, mais respectant le système nerveux ; 3 sont devenus paralytiques généraux, 12 tabétiques, et 8 ont eu divers accidents cérébraux, 2 sont morts probablement par suite de syphilis cérébrale ou viscérale, non reconnue ou non traitée à temps. Il me semble que ces faits sont suffisamment caractéristiques pour éveiller l'attention des ophtalmologistes et des médecins, pour les inciter à surveiller de près et à soigner énergiquement les sujets atteints d'iritis syphilitique. En admettant même que je sois tombé sur une série malheureuse et, par suite, porté à l'exagération, la question de la valeur pronostique de l'iritis dans la syphilis n'était-elle pas digne d'être soulevée ? »

Les recherches de M. Motais confirment et complètent celles de M. Trousseau. Elles ont porté sur 62 malades atteints d'iritis, de chorio-rétinite, de névrite et d'atrophie optique. Or, de l'ensemble des faits observés, il résulte que ces complications oculaires ont été suivies d'accidents tertiaires graves dans 52 p. 100 des cas. En résumé, cette statistique démontre, comme celle de M. Trousseau, la gravité du pronostic de la plupart des syphilis compliquées de lésions oculaires. (*Journal de Méd. et de Chir. pratiques.*)

En présence de toute iritis, chorio-rétinite ou névrite optique spécifique, on devra donc prescrire un traitement sévère, non seulement au moment des accidents, mais encore dans l'avenir appeler l'attention du malade sur des manifestations toujours possibles et le surveiller attentivement.

Traitement des ictères des nouveau-nés.

Par ictère des nouveau-nés, on entend la coloration jaune des téguments et des muqueuses qui affecte assez fréquemment les bébés au cours de la première semaine et se prolonge parfois assez longtemps. M. *Marcel Nathan* a consacré dans la *Gazette des Hôpitaux*, une revue générale à l'étude de ces ictères ; voici ce qu'il dit de leur traitement :

Le traitement varie selon l'étiologie ; l'ictère par infection ombilicale à forme septicémique sera au-dessus des ressources de la thérapeutique. Le traitement sera avant tout symptomatique : contre l'infection générale, les bains ; localement, on placera sur la région ombilicale un pansement humide ; l'on serait autorisé dans ces cas à employer le collargol en frictions ou en injections intra-veineuses. Cependant, malgré tout, le pronostic est absolument fatal, et fatal à bref délai..

La maladie de Winkel est également au-dessus de tout traitement.

Il n'en est pas de même de l'ictère par infection intestinale et de l'ictère simple dit hémaphéique, dont on connaît la pathogénie.

Ictère hémaphéique. — Dans ce dernier cas, l'ictère guérit de lui-même en trois ou quatre jours, le traitement est absolument inutile ; si l'ictère est quelque peu accentué, on pourra le traiter comme l'ictère d'origine intestinale, c'est le tube digestif que doit viser le thérapeute ; c'est par là que doit se faire l'élimination des pigments biliaires (calomel, huile de ricin).

Recherche des microbes dans le sang.

M. Ch. Lesieur a fait à la Société médicale des Hôpitaux de Paris une très intéressante communication sur la recherche directe des microbes dans le sang, que nous empruntons à la *Pédiatrie pratique.*.

Pour rechercher directement les microbes dans le sang, il faut empêcher d'abord la formation du caillot fibrineux.

Après nettoyage de la peau, on applique, en un point quelconque du tégument, trois ou quatre grosses sangsues vierges, lavées à l'eau bouillie, qu'on enlève, aussi aseptiquement que possible, au bout de trente à quarante minutes environ. Immédiatement, on recueille le sang ingéré par chacune d'elles, en les faisant dégorger, par expression, dans des tubes stérilisés.

On peut obtenir ainsi vingt à vingt-cinq centimètres cubes non coagulés, qu'on centrifuge, le plus tôt possible, pendant quinze à vingt minutes. La partie la plus profonde du culot est ensuite prélevée à l'aide d'une pipette, et étalée par gouttes sur dix ou douze lames porte-objets. Il ne reste plus qu'à sécher, fixer et colorer par les réactifs appropriés.

Causes d'erreur. — Le *flore bactérienne du tube digestif de la sangsue à jeun* n'est pas de nature à gêner *pratiquement* l'application de cette technique. Si, par exemple, après avoir soigneusement raclé le tractus gastro-intestinal d'une sangsue, avec une aiguille de platine flambée, on dissocie le produit de ce raclage dans du sérum artificiel qu'on centrifuge ensuite, le culot ainsi obtenu, examiné sur des frottis, est le plus souvent privé de germes appréciables au microscope ; ou bien il présente seulement quelques cocci minuscules et isolés, ou encore quelques fins bacilles encapsulés ne gardant pas le Gram ; en tous cas, pas de bâtonnets gardant le Gram, pas *d'acido-résistants.*

Il est bon d'ajouter que, pour trouver des microbes dans le sang examiné, il faut qu'ils y soient très nombreux, il faut qu'il y ait *septicité.*

Dans les maladies non fébriles (cancer de l'estomac, hémiplégie, rétrécissement mitral, syphilis, emphysème pulmonaire, dilatation des bronches, etc.), les résultats ont toujours été négatifs.

Deux *pneumococciques*, sur trois observés, ont

donné, à plusieurs reprises, les frottis contenant des diplocoques gardant le Gram; chez l'un d'eux, atteint de pleuro-pneumonie grippale, les mêmes diplocoques ont été isolés du sang par la culture.

Chez trois *typhiques* sur quatre (le quatrième étant d'ailleurs apyrétique), on a plusieurs fois constaté, dans la circulation générale, des bacilles polymorphes, d'ailleurs cultivables, décolorés par le Gram. La même constatation n'a pu être faite chez deux autres malades, atteints d'embarras gastrique fébrile.

On a appliqué cette méthode dans trente cas de *tuberculose pulmonaire*, aiguë ou chronique. Vingt cas ont paru absolument négatifs au point de vue de la présence du *Bacille de Koch* dans le sang ; cinq peuvent être considérés comme douteux, à cause de granulations acidophiles ou de bacilloïdes roses plus ou moins déformés ; cinq se sont montrés positifs parfois à plusieurs reprises, pour un même malade ; dans un cas, les résultats de la bactérioscopie ont été confirmés par ceux de l'inoculation du sang au cobaye.

On peut obtenir, chez un même tuberculeux, des préparations positives ou négatives, suivant le jour de la prise. Ces faits n'ont rien de surprenant: les phtisiques peuvent avaler leurs crachats, les bacilles passer de l'intestin dans le torrent circulatoire, mais en disparaître rapidement. D'où les variantes possibles dans les résultats enregistrés.

Ces variantes font qu'on ne doit attacher de l'importance qu'aux examens sûrement positifs dans la recherche du bacille de Koch par coloration directe du sang. La rareté de tels résultats montre que cette recherche ne saurait être érigée en méthode courante de diagnostic.

Conclusions. — 1° On peut aisément, au cours des septicémies expérimentales ou cliniques, colorer directement les microbes pathogènes du sang recueilli incoagulable au moyen de sangsues, et centrifugé ;

2° Ce procédé permet de déceler le *bacille de Koch* dans le sang lorsqu'il s'y trouve, mais le cas est trop rare en clinique pour qu'on puisse tenir compte des cas négatifs, et faire de cette recherche un procédé courant de diagnostic.

L'opothérapie rénale contre l'anurie de la fièvre jaune et de la fièvre hémoglobinurique.

Tous nos confrères des colonies et de la marine savent que, la plupart du temps, ce qui tue dans la fièvre hémoglobinurique, c'est la néphrite, c'est l'anurie. Or, M. le Dr L. Touin a eu l'idée d'opposer à cette terrible complication la médication opothérapique préconisée par M. le prof. Renaut, de Lyon, et il a réussi dans un cas remarquable dont il publie l'observation *in Archives de médecine coloniale*. Il en conclut que le traitement préconisé par M. le professeur Renaut contre la néphrite est appelé à devenir d'un grand secours aux médecins qui pratiquent sur la côte occidentale d'Afrique, et son application nous paraît, dit-il, absolument indiquée, non seulement dans les cas graves de fièvre bilieuse hémoglobinurique, mais dans la fièvre jaune, où l'anurie et l'urémie constituent aussi le danger le plus menaçant, par suite de l'insuffisance du filtre rénal qui ne remplit plus son rôle d'émonctoire naturel.

Il serait donc intéressant, en attendant le sérum désiré, de mettre à l'essai le traitement opothérapique dans les cas de fièvre jaune compliqués de néphrite et anurie, et nous sommes convaincu qu'il donnera les mêmes résultats dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Rappellons, en quelques lignes, le *modus faciendi* indiqué par le professeur Renaut :

Un rein de porc absolument frais est décortiqué et haché menu. On le lave rapidement à l'eau distillée pour enlever l'urine stagnante que peut contenir le hachis.

D'après le professeur Dubois (de Lyon), on doit choisir le rein d'un omnivore, les grains de ségrégation y étant (il le suppose du moins) plus différenciés en vue de la transformation des toxines de l'homme qui sont les résultats d'une alimentation mixte.

Il paraît que les reins des herbivores : mouton, bœuf, donnent une macération bien moins active.

Le hachis de rein est ensuite broyé, pulpé au pilon dans un mortier avec 450 centimètres cubes de sérum artificiel à 7 p. 1.000, car les grains de ségrégation passeront dans cette solution isotonique sans s'y dissoudre immédiatement. Ils garderont ainsi plus longtemps, et peut-être jusqu'à leur passage dans le sang, leurs propriétés d'accumulateurs. Ils pourront, dès lors, plus facilement capter dans le sang les substances à éliminer et les transformer en substances plus aisément dialysables par le rein malade.

Le pulpage effectué, on laisse reposer la bouillie qui en résulte, toujours dans un endroit frais, en été dans la glace entourant le mortier (ce qui est indispensable aux pays chauds). Au bout de quatre heures, on décante.

Le liquide décanté forme environ 400 grammes d'une sorte de lavure de chair que le malade doit absorber en 3 ou 4 doses dans les vingt-quatre heures.

La macération du rein ainsi obtenue n'a pas mauvais goût. Son aspect seul répugne un peu au malade. Pour parer à cet inconvénient, M. le professeur Renaut fait prendre chaque dose dans une tasse opaque où l'on peut d'ailleurs mêler une cuillerée de bouillon concentré, de julienne tiède, de façon que, vérification faite au thermomètre, la température ne dépasse pas + 38 degrés centigrades.

L'administration de la macération de rein ne doit, en aucun cas, dit l'auteur, dépasser dix jours consécutifs.

M. Renaut signale de petits accidents dus à son action prolongée au-delà de cette période, les uns simplement désagréables (sueurs sentant l'urine, éruptions papuleuses, ortiées ou miliaires) qui ont été observées par son élève, le docteur Choupin ; ou bien il survient de l'embarras gastrique, accompagné parfois de nausées et de vomissements. Ceci montre bien, conclut M. le professeur Renaut, que la macération de rein est un remède très actif, à action lointainement comparable à celle des sérums étrangers injectés interstitiellement ou dans les veines.

Ses effets diurétiques et puissamment antitoxiques s'exercent toujours et en tout temps. L'albuminurie est considérablement diminuée, parfois même supprimée totalement, et la fonction rénale se rétablit sous l'influence de la disparition

de l'œdème urémique. A défaut de porc, on peut choisir le bœuf, mais le porc vaut mieux.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Les eaux minérales françaises sulfureuses.

Nous sommes à peu près certain de n'être contredit par personne, en affirmant que la France doit être considérée comme un des pays les plus favorisés, sous le rapport des eaux minérales naturelles.

Sauf les eaux purgatives, que nous sommes obligés d'emprunter à d'autres nations (Espagne, Autriche, Bohême, Amérique du Nord), nous possédons, en France, la gamme la plus riche, la collection la plus variée d'eaux minérales que l'on puisse imaginer, bicarbonatées, arsenicales, sulfureuses, chlorurées, ferrugineuses, sulfatées, silicatées, carboniques, lithinées, fluorurées, boues minérales ; toutes les indications thérapeutiques trouvent une source qui leur correspond exactement.

Malheureusement, beaucoup de communes ou de sociétés, propriétaires de ces merveilleux trésors hydrauliques, n'ont pas su comprendre la nécessité de progrès rapides. On s'est contenté des installations d'il y a 200 ans ; on a continué les mêmes pratiques routinières d'exploitation, on a surfait les prix le plus possible, et, tout à coup, on a eu la douloureuse surprise de s'apercevoir que la clientèle riche et sérieuse désertait les stations françaises. L'étranger qui, cependant, est dans un état d'infériorité bien évident comme richesse de sources minérales, a attiré la clientèle par un luxe d'installations, d'aménagements confortables et raffinés, de publicité bruyante et par la recherche de moyens adjuvants, tout à fait en dehors de la cure hydrominérale.

Nos maîtres français ont essayé et essayent de lutter contre cette nouvelle mode des eaux étrangères : cours, communications académiques, ouvrages didactiques, voyages spéciaux organisés pour les médecins français et étrangers (V. E. M. annuels). Tout cela peut avoir un effet salutaire, surtout si les maîtres qui organisent ces excursions scientifiques le font véritablement dans un but impartial et désintéressé et en se documentant sérieusement auprès des « compétences » de chaque station ; mais, nous croyons que, malgré tout, cela est insuffisant. *Il faut que la presse fasse aussi son effort et parle à la grande masse des praticiens des villes et des campagnes, pour que ceux-ci ne soient pas eux-mêmes, sans s'en douter, les principaux sceptiques et les véritables détracteurs de nos perles hydrominérales françaises.* Trop souvent, il se mêle à ce sentiment de scepticisme vis-à-vis de l'efficacité des eaux minérales, un certain degré de défiance à l'égard des confrères qui exercent dans la station hydro-minérale. Tout cela constitue des erreurs et des malentendus regrettables, qui contribuent à déconsidérer la France d'abord, le corps médical ensuite.

De grâce, chers lecteurs, apprenons à mieux juger et la réelle efficacité de nos eaux, et la compétence bien désintéressée de nos confrères hydropathes ; tout le monde en bénéficiera, nos malades, qui sauront utiliser intelligemment les richesses que notre pays leur prodigue, et les médecins, en général, qui auront rendu la santé et l'espoir à des malheureux découragés ou intoxiqués par d'innombrables drogues.

Pour faire saisir d'une manière plus précise à nos lecteurs le bien fondé de nos assertions en ce qui concerne les eaux minérales, nous étudierons aujourd'hui succinctement les eaux sulfureuses françaises.

I

Nomenclature des eaux sulfureuses françaises.

Les plus connues des eaux sulfureuses françaises sont, par ordre alphabétique :

Aix-les-Bains, Allevard, Amélie-les-Bains, Ax-les-Thermes, La Bassère (de Bagnères-de-Bigorre), Bagnols-les-Bains, Barbotan, Barèges, Cambo, Cauterets (La Raillère, Les Œufs, Néothermes, Mauhourat, Le Bois, César, Petit Saint-Sauveur, le Pré), Challes, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Enghien-les-Bains, Eugénie-les Bains (Saint-Loubouher, le Bois, Amélie), Euzet-les Bains, La Preste, Luchon, (Bayen, Pré I, Grotte supérieure, Reine, Richard Sup, Romains, Enceinte, Bordeu, Etigny, Blanche, Bosquet, Pré II, Senges, Ferras), Molitg, Montmirail, Pierrefonds, Saint-Honoré, Saint-Marcelin, Saint-Sauveur, Uriage.

Nous ne tenterons pas de faire une classification de ces différentes eaux, comme chaque Société propriétaire essaye de le faire : Luchon n'est pas supérieur à Cauterets ; Enghien n'est pas plus efficace que Cauterets, etc. ; seulement chaque station a ses indications précises qu'il faut tâcher de connaître et de retenir ; et ce qui fait que l'on éprouve parfois de graves mécomptes, c'est que le choix n'a pas été judicieusement décidé. Pour les eaux sulfureuses, peut-être plus que pour toute autre eau minérale, il y a des différences d'action tellement extrêmes entre deux sources voisines, qu'on ne peut en trouver d'explication scientifique. D'ailleurs, la science hydrologique minérale est plutôt une science d'observation qu'une science d'expérience et de logique. L'usage a consacré telle source à la cure de telle maladie ; il faut souvent se conformer à l'usage, sans chercher à expliquer.

Les principales maladies justiciables des eaux sulfureuses sont : les affections cutanées, la syphilis, les rhumatismes chroniques, goutteux et fibreux, les traumatismes anciens, les cals de fractures douloureux, les bronchites, les laryngites, les reliquats congestifs des poumons, l'emphysème, l'asthme, la tuberculose laryngée pulmonaire et adéno trachéo-bronchique au premier et au deuxième degrés, les pharyngites, certaines dyspepsies par atonie, les entérites dysentériques les affections utérines et péri-utérines récentes ou chroniques, les dysménorrhées congestives, la chlorose ovarique, les catarrhes génito-urinaires, vésicaux et vésiculo-séminaux, et différentes formes de neurasthénie.

Chaque station possède diverses sources, qui n'ont ni la même température, ni la même composition, ni le même débit ; aussi, dans chaque station, a-t-on essayé d'attirer et de retenir toutes les catégories de malades, en cherchant pour chacun une source qui lui soit adaptée approximativement. Il y a là, convenons-en, une petite

manœuvre qui n'est pas tout à fait désintéressée et impartiale ; cette manière d'agir peut contribuer à enlever aux gens clairvoyants et instruits, une partie de leur confiance, car, de nos jours, on se fie difficilement aux panacées. Si riche soit-elle en sources une station ne peut se vanter de contenir tout ce qui est indiqué contre toutes les maladies ; ce serait d'un charlatanisme trop éclatant.

Nous n'avons ni la place ni la compétence pour faire une revue spéciale à chaque station sulfureuse de France, mais afin d'éclairer les sceptiques et de rendre service aux malades, nous choisirons huit ou dix types d'eaux sulfureuses que nous examinerons avec quelque détail.

II

Eaux sulfureuses chaudes.

Etudions d'abord quelques stations célèbres d'eaux sulfureuses thermales ; Aix, Luchon, Cauterets, Eaux-Bonnes, Barèges, et Saint-Sauveur.

A Aix-les-Bains se trouvent deux sources sulfureuses importantes (sulfurées calciques thermales) le soufre (45°) et l'alun (46°). Leur succès est éclatant dans le traitement des *rhumatismes* subaigus, chroniques, noueux, goutteux et dans celui des *névralgies et des névrites* (sciatique, névralgie intercostale, ilio-lombaire et crurale) ; toutes les arthralgies, arthrites, raideurs articulaires, se trouvent bien du séjour à Aix, grâce à l'emploi des douches-massages et des étuves Bouillon et Berthollet. Un autre grand succès des eaux d'Aix, c'est le traitement énergique de la *syphilis*. On pratique l'hydrargyration intensive par les frictions d'onguent napolitain ou par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure ou d'hermophényl et, concurremment, on administre la douche-massage et les bains qui, par leur action énergique sur la peau, favorisent l'élimination rapide du poison.

Comme on envoie à Aix beaucoup d'arthritiques et de rhumatisants, on a accumulé, à côté du traitement thermal proprement dit, tous les procédés de Kinésithérapie et de cure par les moyens physiques (mécanothérapie allemande, électrothérapie complète, promenades graduées, stations climatiques d'altitude). Nous éviterons de nous prononcer sur cette germanisation de la station thermale d'Aix, et sur son influence plus ou moins heureuse au point de vue de la sélection de la clientèle, surtout au point de vue du bon renom auprès du corps médical sérieux. Toutefois, qu'il nous soit permis d exprimer d'une façon très générale le désideratum des médecins français et étrangers en ce qui concerne les stations thermales : Tenir les établissements thermaux à la hauteur du progrès, au point de vue de la propreté, du confortable et même du luxe ; perfectionner tout l'arsenal hydrothérapique à eau thermale et à eau simple, user largement de ces immenses ressources, ne serait-ce que pour apprendre bien aux malades à y recourir chacun dans leur pays respectif, une fois rentrés ; mais renoncer aux hors-d'œuvre kinésithérapiques, (qui sont de mise en Allemagne, parce que les eaux, par elles-mêmes, ne valent pas grand'chose) mais qui éloignent bien des clients sérieux par l'exagération des dépenses qu'ils occasionnent et portent un certain ombrage aux praticiens peu désireux de faire suivre à leurs malades, au profit de leurs confrères, hydropathes, des traitements parfaitement applicables ailleurs qu'aux Eaux. En d'autres termes : « aux Eaux, les malades ne doivent prendre que les Eaux, » sous la surveillance éclairée et indispensable des médecins de chaque station.

Méditez bien cela, chers confrères des Eaux, c'est de là que vous viennent les suspicions et les restrictions véritablement blessantes des praticiens ou des Maîtres qui vous adressent des malades. Et d'ailleurs, l'application stricte de l'hydrothérapie thermale et simple ne suffit elle pas amplement à l'activité des hydropathes ? Quelle puissance ! Quelles armes merveilleuses contre la maladie ! Et bien plus, quel étonnant réactif pour se rendre compte de la gravité de l'état de chaque malade et pour formuler un pronostic à peu près infaillible.

Prenez Cauterets : prenez les Eaux-Bonnes ; prenez Luchon : Aux Eaux de Cauterets, vous obtenez par l'hydrothérapie froide combinée avec le traitement minéral thermal des résultats merveilleux dans l'emphysème, dans l'asthme, dans les reliquats congestifs de la grippe, dans les anciennes splénisations du poumon, dans les bronchites chroniques et dans la tuberculose (au 1er ou au 2e degré, des arthritiques. Il n'est pas jusqu'aux affections de l'estomac et même jusqu'à l'entérite chronique dysentérique qui ne soient guéries par une ou plusieurs saisons de cure aux sources Mauhourat et Néothermes. L'entéroclyse d'eau sulfureuse aux Néothermes donne d'aussi beaux résultats que le traitement de Plombières, dans les dysentéries coloniales ou dans les diarrhées par atonie intestinale.

C'est aux Eaux-Bonnes, que l'on obtient les meilleurs résultats contre les cas de congestions anciennes des poumons avec pleurésie sèche, et contre la tuberculose pulmonaire au 1er ou au 2e stade, avec apyrexie et absence de manifestations hémoptoïques ; de même que Cauterets et, peut-être encore mieux que Cauterets, les Eaux-Bonnes triomphent des tuberculoses laryngo-pulmonaires avec phénomènes d'arthritisme (hémorrhoïdes, gravelle, eczéma, léger embonpoint). Les enfants convalescents de rougeole, coqueluche, diphtérie, grippe, sont très rapidement rétablis par les bains, douches, pédiluves, gargarismes, pulvérisations et surtout boisson à la source Vieille, dont la composition sulfurée, sodique et calcique, iodurée et métallique (argent, étain, zinc, cuivre), la température (33°) et l'admirable captation, font un bijou précieux de la couronne des eaux sulfureuses chaudes. A côté des Eaux-Bonnes, les *Eaux-Chaudes* conviennent merveilleusement aux surmenés du larynx, aux convalescents de grippe, aux rhumatisants éréthiques, aux migraineux, aux arthritiques nerveux, mais non congestifs, et aux femmes dysménorrhéiques, affaiblies par les accouchements et mal rétablies par défaut de subinvolution post-puerpérale ou post-opératoire.

Barèges est la station par excellence des convalescents de blessures articulaires ou osseuses, de fractures et d'ostéo périostites *traumatiques*.

Les dermatoses, éczémas, psoriasis, ichthyoses ; les rhumatismes chroniques noueux et gonococciques, les myélites chroniques, surtout la paralysie infantile spinale, sont, sinon guéris, du moins fort améliorés par ces 14 sources therma-

les sulfureuses d'une grande puissance et d'une thermalité remarquable (45° Source Tambour). On emploie, généralement, les sources associées à Barèges (Louvois, Chapelle, Tambour) pour obtenir le maximum d'effet dans les rhumatismes et les arthrites chroniques gonococciques. On traite aussi la syphilis à Barèges, comme à Aix ; la richesse sulfureuse des sources, qui « porte beaucoup à la peau » permet de faire des cures hydrargyriques intensives.

Luchon, dont la publicité a fait la Reine des Pyrénées a une valeur thérapeutique très réelle et très remarquable : on connaît à Luchon 48 sources dont la sulfuraton varie de 1 à 7 centigr. par litre et dont la température oscille entre 22° et 66° (Bayen). La caractéristique de Luchon est le dégagement permanent de vapeurs sulfhydriques que les malades inhalent continuellement, rien qu'en circulant dans les salles de bains ou de piscines. Le triomphe de la cure de Luchon est le traitement des pharyngites chroniques granuleuses (tabagiques, arthritiques), des naso-pharyngites, des coryzas, adénoïdites, état polypeux de la pituitaire, des laryngites chroniques, des laryngites syphilitiques (humages humides sulfhydratés), des laryngites alcooliques, mais non tuberculeuses, des bronchites catarrhales, des affections cutanées tenaces (acnés, eczémas humides, séborrhées, pelades), des rhumatismes musculaires, de l'atrophie musculaire (source électrogène chaude de Bayen), enfin de la syphilis comme à Aix et à Barèges. Les convalescents d'angines, les enfants débiles se trouvent admirablement bien d'une cure de bains, douches et gargarismes à Luchon.

Enfin Saint-Sauveur est le type des petites stations sérieuses, sans tapage, qui guérit merveilleusement les neuro-arthritiques, neurasthéniques, dysménorrhéiques et congestionnées des ovaires. Son climat calmant et sédatif, au milieu des tilleuls et des acacias, dans une fraîche vallée toute verdoyante, se joint à l'action décongestionnante de la *source des Dames* (32° à 35°). On va à Saint-Sauveur pour calmer les douleurs des règles, pour diminuer la fréquence et l'abondance de celles-ci, pour préparer les périmétrites, les ovaro-salpingites à une bonne intervention chirurgicale. D'ailleurs, parfois, on a l'agréable surprise de voir des collections péri-utérines ou péri-ovariques se réduire rapidement sous l'influence de la balnéation, des douches et du massage gynécologique. La source de la *Hontalade* convient fort bien en boisson aux dyspeptiques et aux débilités de l'intestin (dysentéries, diarrhées fréquentes). Le seul reproche qu'on puisse formuler contre cette station de Saint-Sauveur, c'est son installation précaire et l'outillage rudimentaire de son établissement, qui aurait grand besoin d'être mis au point ; ceci dit, sans vouloir diminuer le moins du monde la valeur de ses Eaux.

En résumé et pour synthétiser tout ce qui précède, envoyez les rhumatisants à Aix, les bronchiteux, emphysémateux, convalescents de grippe et de congestions pulmonaires à Cauterets, les tuberculeux arthritiques et apyrétiques, ainsi que les chlorotiques aux Eaux-Bonnes ; les catarrheux, les malades atteints de naso-pharyngites ou de laryngites, les surmenés de la vie mondaine ou de la fête nocturne à Luchon ; les eczémateux, psoriasiques, acnéiques et les anciens blessés ostéo articulaires à Barèges, les femmes dysménorrhéiques et les utérines neuro-arthritiques à Saint-Sauveur et aux Eaux-chaudes ; les syphilitiques à Aix, à Luchon ou à Barèges.

III

Eaux sulfureuses froides.

Parmi les eaux sulfureuses froides, nous citerons trois types remarquables; Enghien-les-Bains, Allevard, Uriage.

Enghien possède 13 sources froides (10 à 14°), et fortement chargées de sulfures calciques et d'acide sulfhydrique.

On emploie ces eaux sous toutes les formes habituelles : bains, douches, vapeurs, gargarismes, pulvérisations, humages, irrigations naso-pharyngiennes.

Se trouvent très bien des eaux d'Enghien, les catarrheux, naso-pharyngiens, pharyngo-laryngiens, bronchitiques, les emphysémateux, les tuberculeux apyrétiques, à la 1re période, les arthralgiques, les anémiques, les eczémateux, psoriasiques, acnéiques, pityriasiques, enfin les syphilitiques.

Malheureusement, l'on peut dire qu'à Enghien, les Eaux agissent toutes seules, sans l'aide si précieuse du climat tempéré, du grand air et du grand repos des stations éloignées. La proximité de Paris est certes une garantie de succès perpétuel ; mais, c'est loin d'être avantageux, thérapeutiquement parlant, au point de vue du calme et de la salubrité.

Allevard possède une source sulfurée calcique froide (18°) qu'on peut employer en bains, douches, pulvérisations, gargarismes, bains de pieds et de jambes, humages et irrigations nasales : cette eau s'adresse, comme toutes les sulfureuses, aux pharyngites, adénoïdites, laryngites, bronchites, reliquats de congestions pulmonaires. influenzas, adénopathies bronchiques, tuberculose pulmonaire, aux pleurésies anciennes, aux eczémas, acnés, impétigos, aux conjonctivites chroniques à la syphilis secondaire, à l'anémie, au saturnisme, aux convalescences des enfants. C'est une eau décongestionnante et sédative, qui ne risque pas de provoquer d'hémoptysies.

Uriage possède deux sources, dont l'une est chlorurée sodique sulfureuse (sulfhydrique) particulièrement efficace contre les dermatoses (acné, eczémas, psoriasis), la syphilis, la scrofule et toutes les manifestations du lymphatisme : adénoïdites, coryzas, conjonctivites, otites, vulvites, la furonculose, l'urticaire chronique, l'herpès génital récidivant.

Les rhumatisants, les névralgiques, les arthropathes, se trouvent bien guéris par une ou plusieurs cures à Uriage, dont l'établissement est parfaitement aménagé pour les bains et les douches-massages (massage Gerdy).

Nous ne saurions clore cette trop rapide revue des eaux sulfureuses les plus connues, sans dire, au moins, un mot de la plus riche station d'eaux sulfureuses tempérées et thermales, qui est à notre avis trop peu connue, Ax-les-Thermes, en Ariège. Il y a plus de 60 sources à Ax et leur température varie de 22° à 77°5. Leur composition en soufre, silicate de soude et matières azotées est extraordinairement variée ; aussi, peut-on, à Ax-les-Thermes, appliquer toutes les cures que nous venons d'énumérer ; ce sont surtout de puissants stimulants pour combattre toutes les

manifestations de l'arthritisme, en particulier, toutes les variétés des rhumatismes, même les affections du cœur, quand le myocarde est bon, l'artério-sclérose, les phlébites, les varices, les hémorrhoïdes.

Toutes les pharyngites, laryngites, bronchites, se trouvent bien du traitement à Ax. Les dermatoses. les manifestations du lymphatisme, la syphilis, les maladies utérines et les reliquats utéro-annexiels sont favorablement influencés, souvent même guéris à Ax.

C'est à Ax que nous trouvons comme la synthèse la plus complète du traitement hydro-minéral sulfureux ; il serait temps de faire sortir cette perle thérapeutique de l'oubli fort injuste où la mode semble vouloir la maintenir.

Dr Paul Huguenin.

THÉRAPEUTIQUE

Pouvons-nous agir sur l'appétit et la fièvre des tuberculeux ?

(*Suite.*)

Ce qu'il y a de très intéressant au sujet du thiocol, c'est qu'à côté de son action stomachique, il est antiseptique des voies digestives, et qu'il éloigne ainsi tous les dangers de la suralimentation. Déjà Mendelsohn, Ott, Schnirer, C. Pinet, Maramaldi, Gripon, etc., ont fait la remarque que le thiocol est un antiseptique intestinal ; il arrête les fermentations, empêche la diarrhée, les vomissements.

Il y a quelques jours à peine, dans le *Progrès Médical* du 3 septembre, M. le Dr Vignon relatait une très intéressante observation où, sous l'influence du thiocol, une entérite tuberculeuse avec lientérie et selles sanglantes s'était amendée définitivement. Ayant remarqué que les symptômes intestinaux se manifestaient à nouveau quand il cessait le thiocol, il concluait en vantant les propriétés antidiarrhéiques et antiseptiques de ce produit. Il reconnaissait du reste, lui aussi, l'action stomachique du thiocol.

Nous avons, nous-mêmes, soumis plusieurs malades à une suralimentation intensive sans observer d'inconvénients. Une fois, cependant, notre malade eut de la diarrhée qui cessa avant 24 heures, sous l'influence de lavements laudanisés, et ne se reproduisit plus. Dans tous les cas où la suralimentation est restée dans les limites habituelles, jamais, quand nous donnions le thiocol, nous n'avons constaté de symptômes d'intolérance. Aussi avons-nous déjà écrit que le thiocol ainsi employé devient l'auxiliaire précieux de la suralimentation.

Voilà donc une première constatation clinique : le thiocol est capable de relever l'appétit des tuberculeux, il aide les digestions, il facilite la suralimentation. Cela d'ailleurs n'a pas lieu de nous étonner, puisque la créosote elle-même deviendrait stomachique s'il était possible de lui enlever sa causticité sur les muqueuses. Or, précisément, en combinant au gaïacol un groupe sulfoné, on est parvenu à retirer de ce produit toute toxicité et toute propriété irritante (Mendelsohn). Combinaison des plus heureuses, d'autre part, puisque d'après les auteurs, et M. le Dr Legendre le reconnaît, le soufre est un des meilleurs médicaments à opposer à la tuberculose. Le soufre, en effet, modifie le terrain, il le rend impropre au développement du bacille, il provoque les réactions pulmonaires défensives, et comme le gaïacol est déjà par lui-même un excellent antibacillaire, il est incontestable que la combinaison des deux médicaments en un seul, exempt de toxicité, est un remède précieux en physiothérapie.

M. le Dr Legendre est d'ailleurs partisan des composés créosotés, mais principalement à la période cavitaire. Toutefois il laisse percer ses craintes quand il ajoute : « On n'oubliera pas que le tube digestif des tuberculeux doit être sérieusement respecté et que toute médication capable d'en altérer le fonctionnement est proscrite. Or l'écueil de la médication créosotée et des agents similiaires, c'est précisément d'amener des troubles digestifs. »

Eh bien ! ces craintes ne nous paraissent pas devoir subsister quand il s'agit du thiocol. Notre observation journalière nous autorise à affirmer que ce médicament stomachique et orexique est à l'abri de tels reproches, puisque nous n'avons pas encore vu de malade se plaindre d'une intolérance quelconque pour le thiocol.

M. le Dr Legendre énonce encore une autre affirmation : « Nous sommes incapables, dit-il, de faire tomber la fièvre des tuberculeux. » Sans doute, à la période d'hecticité, quand le malade, infecté par les toxines, réagit par des élévations de température atteignant 40°, il est bien difficile d'amener la chute de cette forte fièvre, et cependant nous ne devons pas oublier qu'à cette période aussi la phtisie a des intervalles paisibles, des sortes de trêves parfois fort longues. Or, même à ces moments désespérés, le thiocol peut influencer favorablement l'hyperthermie. Il aseptise en effet les lésions pulmonaires. Grâce à son absence de toxicité, à sa tolérance parfaite qui permettent de l'employer à doses élevées, grâce aussi à sa facile absorption démontrée par Schnirer, il est possible de faire circuler dans le sang une quantité de principes actifs suffisante pour atténuer la virulence des microbes. Cependant, à la période finale et surtout dans les formes congestives, nous avons remarqué que le thiocol, pas plus d'ailleurs que les autres médicaments, ne donnait de grands résultats. Mais s'il s'agit de tuberculeux cavitaires encore résistants, bien que fébriles, le thiocol est parfois d'un effet surprenant : il peut abattre la fièvre et arrêter pour un temps la marche des processus consomptifs.

Son action antipyrétique sera surtout manifeste dans les très nombreux cas de tuberculose au 1er et au 2e degré. Dans presque tous, nous avons remarqué que le thiocol éloignait la fièvre. Sur nos 28 observations il existe un grand nombre de cas où la température vespérale atteignait 38 et 39 degrés. Au bout de quelques jours, du 3e au 4e en moyenne, la fièvre avait complètement disparu. Ces faits sont encore reconnus par Mendelsohn, Gripon, Schwartz, etc. Nous sommes donc loin d'admettre avec M. le Dr Legendre que nous sommes impuissants contre les poussées fébriles de la bacillose.

Ces quelques réflexions, nous avons tenu à les faire, parce que notre expérience déjà grande de la médication thiocolée, appuyée sur des épreuves cliniques faites dans tous les milieux, nous

autorise à dire ce que nous en pensons, trop heureux si nos confrères pouvaient à leur tour être de notre avis et se décider à publier aussi le résultat de leurs observations journalières.

Dr M. Nigoul,
Ancien Interne de l'Hôpital Péan.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le futur service de vaccination en Seine-et-Oise.

Nous avons eu connaissance du projet d'organisation de la vaccination en Seine-et-Oise, et nous nous empressons d'en indiquer les grandes lignes qui sont marquées d'un caractère vraiment libéral et pratique :

Après avoir rappelé les prescriptions de la loi, du règlement d'administration publique, de la circulaire, du décret et de l'arrêté ministériels, le rapporteur propose.

1° Que *tous les médecins* vaccinent et revaccinent leurs clients et délivrent les certificats relatifs à ces opérations ;

2° Que les séances de vaccination publique soient confiés à tous les médecins chargés du service d'assistance médicale gratuite, ou des bureaux de bienfaisance ;

3° Que le Préfet ne nomme de médecins vaccinateurs spéciaux que pour les très petites communes qui n'ont organisé aucune assistance ;

4° Que le corps médical *seul* participe au service de la vaccination ;

5° Que la gratuité soit seulement accordée aux familles ou personnes dont une liste sera dressée dans les mêmes conditions que celle des indigents et comprendra non seulement ceux-ci mais encore les habitants les plus dépourvues de ressources ;

6° Que l'honoraire du médecin, pour chaque opération et certificat consécutifs, soit fixé à 1 fr. (ce chiffre serait beaucoup trop faible en bien des régions : en Seine-et-Oise, où les communications sont faciles et les clientèles d un rayon très court, il sera peut-être accepté sans trop de difficulté par les médecins.)

Le service de la vaccination dans le Cantal.

L'extrait suivant d'un journal qui nous arrive du Cantal montre, par contraste, que le système antilibéral et fonctionnariste menace de se généraliser malgré les protestations des médecins avisés, et que les syndicats doivent se hâter de parler. Il y a deux ans que nous leur demandions l'initiative et la vigilance pour prévenir : tous ceux qui n'ont pas bougé vont avoir à lutter pour réformer, ce qui est autrement difficile.

CONSEIL GÉNÉRAL DU CANTAL.

Séance du 25 août (soir).

M. le Dr Trapenard. — Ce n'est pas une injure pour ceux-là, c'est une faveur pour les autres.

M. le Dr Cazals. — Cela revient au même, mon cher collègue. D'ailleurs, cette façon d'envisager la question ne me paraît pas la meilleure ; je pense et vous penserez comme moi que le service de la vaccination publique doit être moins une source de revenus supplémentaires pour quelques médecins privilégiés, qu'un service d'ordre public d'hygiène sociale auquel tous les membres du corps médical, y compris les sages-femmes, doivent avoir le droit et aussi le devoir de collaborer. Je ne crois donc pas sortir de nos attributions en invitant M. le préfet à s'inspirer de ces considérations dans la désignation des médecins vaccinateurs, et puisque le système des circonscriptions prévaut, paraît même seul en harmonie avec les prescriptions officielles, à multiplier du moins le nombre de ces circonscriptions de façon à assurer d'abord un meilleur fonctionnement du service et à donner satisfaction aux justes doléances du corps médical contre la répartition antérieurement faite des circonscriptions de la protection du premier âge.

M. le Dr Peschaud. — Les considérations que vient d'exposer éloquemment M. Cazals m'avaient d'autant mieux frappé que je les avais moi-même présentées et soutenues au sein de votre commission des Finances. Mais la loi de 1902 et le décret qui la complète attribuent à M. le Préfet exclusivement la désignation des médecins chargés du service de la vaccination publique ; nous n'avons donc pas à intervenir et voilà pourquoi j'avais passé sous silence ce côté de la question.

M. le Dr Cazals. — Je n'ignore pas, en effet, que la loi complétée, aggravée plutôt, par le décret portant règlement d'administration publique, laisse à M. le Préfet le droit de désigner les agents du service vaccinal et je n'entends pas le moins du monde contester ce droit. Mais, puisque c'est à nous qu'on demande les ressources nécessaires pour en assurer le fonctionnement, puisque nous sommes invités, assez impérieusement même, à puiser dans la bourse départementale, il semble bien que nous ayons aussi quelque droit de formuler nos observations et nos réserves et de dire dans quel sens nous souhaiterions que fût faite la désignation sus-mentionnée.

M. Chanson, magistrat. — Il y a là dedans peut-être encore autre chose qu'on pourrait dire, et je vais, passez-moi l'expression, mettre les pieds dans le plat : La loi sur la protection de la santé publique est une loi républicaine, votée par des assemblées républicaines, et il convient aussi que l'exécution en soit confiée par l'administration à des agents républicains.

Dr M. Cazals. — Messieurs, je répondrai à notre honorable collègue que la politique ne devrait pas intervenir dans cette question, qu'il ne saurait y avoir là une œuvre de parti : je ne *comprends pas qu'il puisse y avoir une vaccination républicaine et une vaccination antirépublicaine*. A prendre la question par ce côté, je ne saurais admettre qu il y ait dans le corps médical du Cantal si peu de médecins républicains dignes de la confiance de l'administration et peut-être même parmi les médecins chargés de la protection du premier âge en les épluchant un peu, on trouverait-on quelques-uns qui ne réuniraient pas absolument les qualités auxquelles on vient de faire allusion...

Comme on vous l'a dit, la répartition des circonscriptions de la protection du 1er âge a soulevé de légitimes réclamations dans le corps médical de notre département. Il serait peut-être plus sage et d'une meilleure administration de

s'appliquer à les satisfaire dans la désignation des médecins vaccinateurs, que de superposer, parce que cela est plus commode et dispense de tout effort, une injustice nouvelle à l'injustice ancienne.

Le Conseil adopte le règlement proposé pour le service de la vaccination, il vote la somme de 5.000 francs pour assurer ce service et décide que les médecins et sages-femmes chargés par le préfet du service des vaccinations recevront une indemnité kilométrique de 1 franc aller et retour compris, et une indemnité fixe de 5 fr. par séance de vaccination. Toute séance où il y au ra plus de 30 vaccinations ou revaccinations sera payée 10 fr.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La répartition des honoraires aux chirurgiens d'hôpitaux pour soins aux victimes du travail.

Variations administratives.

Quand parut la circulaire Combes relative à ce sujet, tout le monde fut d'accord chez les jurisconsultes, les médecins, les administrations, pour dire aux chirurgiens d'hôpital : « Dès que vos commissions hospitalières se seront conformées à l'invitation de la circulaire, vous toucherez d'elles les honoraires qui vous sont dus, mais calculés d'après le tarif d'assistance chirurgicale du département ».

On ne pouvait guère avoir l'idée qu'il en pût être autrement puisque la circulaire arrivait, *après la démarche faite par la délégation des chirurgiens des hôpitaux de France*, et l'on s'endormit avec satisfaction sur l'oreiller de la sécurité acquise.

Un premier réveil eut lieu à la fin de 1903 devant une résistance de l'Hospice des Quinze-Vingts qui entendait ressusciter la manœuvre jadis signalée à Cette : empocher... et garder l'argent qui ne vous appartient pas.

M. Edgard Combes calma nos alarmes par la lettre suivante qui fut publiée au *Bulletin du Syndicat de la Seine*.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS

—

DIRECTION DE L'ASSISTANCE ET D'HYGIÈNE PUBLIQUES

1er Bureau. — N° 5

—

Victimes d'accidents du travail. — Honoraires des médecins

—

Paris, le 16 novembre 1903.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, à Monsieur le Directeur de l'Hospice national des Quinze-Vingts.

M. le Dr Valude, de l'Hospice national des Quinze Vingts, a adressé une note d'honoraires à la Mutualité Industrielle, Société d'assurances, pour une opération pratiquée dans l'Etablissement national sur un ouvrier blessé en travaillant pour le compte d'un des sociétaires de la Compagnie d'assurances.

La question soulevée par cette réclamation est de savoir si un médecin ou chirurgien de l'hôpital, qui a donné ses soins dans un hôpital à un ouvrier victime d'accident du travail, peut demander des honoraires spéciaux au patron responsable ou à la Compagnie d'assurances, ou si, au contraire, le paiement de la journée d'hôpital suffit pour libérer le patron ou la Compagnie d'assurances.

Or, on ne saurait admettre l'opinion de la Commission consultative qui exclut les médecins de l'Etablissement de toute participation aux sommes encaissées d'après le tarif des frais de traitement applicables aux victimes d'accidents du travail.

Il est juste que les sommes ainsi reçues fassent l'objet d'une répartition entre les médecins des Quinze-Vingts, conformément à ma décision du 17 décembre 1902.

En effet, si l'Etablissement hospitalier ne doit pas faire de bénéfice sur le traitement des victimes d'accidents du travail, on ne comprendrait pas qu'il disposât souverainement de la partie des recettes qui excède la dépense. Cette partie de recettes paraît devoir appartenir aux praticiens qui ne sont nullement tenus de soigner gratuitement des malades qui ne sont pas indigents. Sans doute, ils ne sont pas censés connaître l'origine de leurs malades, mais la destination même de l'Etablissement où ils exercent suppose qu'il a été convenu entre l'Administration de l'Etablissement et eux que ce n'est qu'aux indigents que leurs soins sont dus ; et du moment que l'Etablissement admet toute une catégorie de malades qui ne sont pas indigents, les médecins et chirurgiens semblent en droit de réclamer.

Il est tout naturel qu'ils ne veuillent pas être, pour la rémunération de ces soins, non prévus au contrat primitif, à la merci des décisions gracieuses des Administrations hospitalières.

Il est beaucoup plus juste et beaucoup plus conforme à la dignité des parties en cause de décider que, sur le tarif spécial, fixé pour ces malades spéciaux, lequel tarif est nécessairement supérieur au prix de journée qui représente le prix de revient, l'Etablissement hospitalier prélèvera d'abord ce prix de revient, de telle sorte qu'il ne perde rien, et, comme il ne doit non plus bénéficier de rien, répartira, une ou deux fois par an, l'excédent entre médecins et chirurgiens de l'Etablissement.

Il vous appartient de prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de l'exécution de cette décision et de me saisir de vos propositions dans ce but.

Pour le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes :

Le Secrétaire général, Edgar COMBES.

Pour copie conforme : *Le Directeur*, E. VAUGHAN.

Ceci paraissait assez clair. L'opinion qui vient d'être exprimée se trouve du reste encore plus implicitement précisée par la lettre de M. Monod au Préfet de la Savoie (20 avril 1904), à propos de l'hôpital d'Albertville, lettre que nous avons reproduite en tête du n° 37 du journal.

Mais, au mois de juin dernier, alors que nous ignorions encore cette dernière lettre, nous fûmes avertis que la Préfecture de Seine-et-Oise faisait appliquer aux hôpitaux de Rambouillet, Houdan et d'autres encore, le *Système de Cette*.

Nous adressâmes alors à M. le Ministre de l'Intérieur, la lettre suivante dont un sénateur présent approuva pleinement les termes.

Paris, le 27 juin 1904.

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur, au nom de la Société du Concours médical, d'appeler votre attention sur la singulière interprétation qui a été donnée par un certain nombre d'administrations préfectorales ou hospitalières à la circulaire de M. le Ministre de l'Intérieur

du 22 novembre 1902 touchant les frais médicaux dus pour les soins prodigués à l'hôpital aux victimes du travail.

Par application de cette circulaire, les administrations dont je parle perçoivent bien, dans leurs recettes générales, pour frais de traitement, les frais médicaux et pharmaceutiques en question, au tarif fixé par le règlement d'assistance départementale. Mais, si elles versent en général sans difficulté, aux pharmaciens, ce qui leur revient, elles refusent de rembourser aux médecins ce qu'ils ont légitimement gagné en soignant, opérant et pansant ces non-indigents qui, *exceptionnellement* admis à l'hôpital, n'ont pas à bénéficier du contrat passé entre l'Assistance et les médecins en faveur des seuls assistés.

Aucun autre argument que *la lettre de la circulaire* n'est d'ailleurs donné par les préfets et les commissions hospitalières quand ils opposent à la réclamation du chirurgien d'hôpital cette manière de voir.

Or, il résulte de cette situation que celui-ci perd, du fait de la circulaire, le droit de demander ses honoraires aux responsables et que la commission, à laquelle ce droit fut transféré ainsi, se conduit en mandataire infidèle quand elle s'approprie l'indemnité due au médecin d'après un tarif déterminé et qu'elle était seulement chargée de recouvrer et répartir.

Il en résulte aussi que les commissions susdites, trouvant là une ressource budgétaire aussi notable qu'imprévue, ne peuvent être portées qu'à tenir trop facilement les lits des malades assistés à la disposition des blessés payants, abus que votre administration tient toujours à prévenir.

Les nombreuses doléances que reçoivent à ce sujet nos syndicats et les autres organes de défense professionnelle médicale, (le Concours médical et le Sou médical en particulier) devaient enfin vous être officiellement transmises. C'est pourquoi, Monsieur le Ministre, je me suis fait un devoir de vous adresser cette lettre et d'en appeler à votre équité pour obtenir que vous fassiez rendre à César ce qui est à César et à nos pauvres confrères la maigre rémunération de leur travail.

Je me tiens à votre disposition, Monsieur le Ministre, pour mettre sous vos yeux si vous le désirez, tous documents capables de vous prouver l'exactitude des faits que j'avance.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, etc.

Dr Jeanne.

Directeur du *Concours médical*.

Un mois après, la réponse ci-dessous mettait à vau-l'eau nos espérances les plus légitimes.

Paris, le 23 juillet 1904.

Monsieur,

Vous avez appelé mon attention sur des difficultés auxquelles donne lieu l'application de ma circulaire du 22 novembre 1902 relative aux frais d'hospitalisation qui concernent les victimes d'accidents du travail. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux ne bénéficieraient pas, dans certains établissements, de la majoration de prix instituée à l'égard de cette catégorie d'hospitalisés.

La question même de la légalité de majoration de prix est actuellement pendante à la suite de pourvois contentieux introduits devant le Conseil d'Etat par les patrons responsables ou des compagnies d'assurances ; d'autre part, des dispositions législatives nouvelles sont en voie d'élaboration à la suite de changements proposés à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, changements qui ont été déjà soumis à l'examen et au vote du Parlement (Chambre des députés, mai-juin 1901 ; Sénat, juin-juillet 1904).

Je ne saurais préjuger les décisions soit de la juridiction administrative, soit du pouvoir législatif et ne puis que prendre bonne note des considérations que vous m'avez exposées.

Veuillez recevoir, Monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR.
Pour le Ministre :
Le Conseiller d'Etat Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, Monod.

Que veut dire ce revirement ? Et n'est-ce pas là une réponse à côté ?

Le Parlement discutait déjà la revision de la loi-accidents alors que, de 1902 à avril 1904, le Ministère de l'Intérieur disait formellement aux Commissions : « Payez vos dettes aux médecins ». Le Parlement discutant toujours, et peut-être pour longtemps encore, nous ne voyons pas de valeur à l'argument qu'on tire de cette circonstance.

Quant à celui qui résulterait des appels au Conseil d'Etat faits par des patrons ou assureurs, à propos de telle ou telle espèce particulière, nous ne sommes guère plus enclins à en goûter l'à-propos, surtout si la consultation porte sur la *majoration des prix de journée d'hôpital*, et non sur ce qui nous concerne : *la répartition d'honoraires médicaux déjà versés aux commissions hospitalières.*

En donnant à ces appels *particuliers* un effet suspensif si *général*, on sera peut-être conduit, en vertu de la même logique, à décréter l'effet rétroactif de la décision du Conseil d'Etat, si elle nous est défavorable, et à exiger des remboursements pour indûment touché ! ! ! Cela serait tout à fait charmant.

Comprenne qui pourra. Un fait certain, c'est qu'avec de pareilles tergiversations, l'Administration prend la première place sur la liste de nos mauvais clients. Sa réputation se compromet de plus en plus, et cela est très fâcheux si elle veut obtenir notre cordial concours dans ses organisations de médecine sociale.

Mais après tout, tient-elle tant que cela à la bonne application pratique de ses rêves ? Quand les choses ont été mises sur le papier, peut-on raisonnablement en demander davantage ?

Le texte actuel de la loi-accidents soumise à revision.

Des confrères nous demandent de rappeler avec précision quelles modifications intéressantes le Sénat avait apportées à la loi-accidents en dehors de l'amendement Gourju.

Nous ne saurions leur donner plus complète satisfaction qu'en reproduisant ce qu'a écrit à ce sujet M. le Dr Louis Gourichon dans le *Bulletin du Syndicat de la Seine*. Le *Bulletin* s'exprime ainsi :

Voici le texte adopté par le Sénat *en première délibération*, dans ses séances des 16, 17 et 21 juin 1904 :

Art. 4. — Le chef d'entreprise supporte en outre, les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de cent francs (100 fr.) au maximum.

La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le Juge de paix du canton où est survenu l'accident, *conformément aux tarifs ouvriers ou aux usages locaux.*

Le chef d'entreprise est seul tenu dans tous les cas, en outre des obligations contenues à l'article 3,

des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne pourront dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893, majoré de 50 %, ni excéder jamais 4 fr. par jour pour Paris, ou 3 fr. 50 partout ailleurs.

Au cours du traitement, le chef d'entreprise *pourra désigner au Juge de paix un médecin chargé de le renseigner* sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le Juge de paix, donnera au dit médecin *accès hebdomadaire* auprès de la victime *en présence du médecin traitant prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.*

Faute par la victime de se prêter à cette visite, le paiement de l'indemnité journalière sera suspendu par décision du Juge de paix qui convoquera la victime par simple lettre recommandée.

Art. 15. — Sont jugées en dernier ressort par le Juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever et dans les quinze jours de la demande, les contestations entre les victimes d'accidents ou leurs ayants droit et les chefs d'entreprise, relatives tant aux frais funéraires qu'aux indemnités temporaires jusqu'au jour du décès ou jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve soit complètement rétablie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente, sans préjudice de l'action que la victime se croirait fondée à exercer conformément à l'article 16.

En cas de désaccord sur la consolidation de la blessure, constatée par certificat médical, ou sur sa date, le Juge de paix doit se déclarer incompétent et transmettre immédiatement expédition de sa décision au président du Tribunal civil.

Le Juge de paix connaît des demandes relatives au paiement des frais médicaux et pharmaceutiques jusqu'à 300 francs en dernier ressort et à quelque chiffre que ces demandes s'élèvent, à charge d'appel dans la quinzaine de la décision.

Toutes les décisions du Juge de paix en dernier ressort sont susceptibles de recours en cassation pour violation de la loi.

Enfin M. Gourju, sénateur du Rhône, a fait voter l'amendement suivant :

« Avant l'expiration de la deuxième année qui suivra la promulgation de la présente loi, *un règlement d'administration publique*, rendu sur la proposition du Ministre du Commerce, après avis du Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail et du Conseil supérieur de l'Assistance publique, *déterminera le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques à la charge des chefs d'entreprise.*

« Ce tarif, dès qu'il aura été publié régulièrement sera substitué aux tarifs ouvriers ou usages locaux, prévus à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, tel qu'il a été modifié par la présente loi. »

Les modifications votées à l'article 4 sont très importantes et donnent en partie satisfaction aux revendications depuis si longtemps formulées par le corps médical. La première est la suppression du tarif de l'Assistance médicale gratuite pour les soins donnés aux blessés du travail. C'est grâce à M. le Dr Piettre, sénateur de la Seine, et à plusieurs de nos confrères du Sénat, M. Pédebidou, M. Alcide Treille, M. Gauthier (de la Haute-Saône), M. Petitjean, etc., à M. Paul Strauss, que nous avons obtenu ce résultat. Nous avons assisté à la discussion et nous avons eu plaisir à entendre l'éloquence sobre et mesurée de M. Piettre qui a démontré d'une façon lumineuse, contrairement à l'opinion reçue et partagée par le rapporteur de la loi, M. Chovet, que les blessés du travail ne sont pas des indigents, — la verve étincelante de M. Alcide Treille, — le langage plein de bon sens de M. Gauthier. La substitution du tarif ouvrier à celui de l'Assistance médicale a été enlevée de haute lutte, malgré l'opposition acharnée de la commission et de son rapporteur.

Sans doute, l'amendement voté sur la proposition de M. Gourju atténue un peu notre succès. Mais il a été entendu que les Syndicats médicaux seront consultés pour l'établissement de ce tarif ouvrier. Le tarif ouvrier, qui est un tarif de fait, n'est pas un tarif de droit, ayant force légale. Il le deviendra. La question qui prime tout est qu'il ait l'assentiment des Syndicats médicaux. Peut-être y aurait-il avantage à ce que ce tarif fût unique pour toute la France, étant bien entendu qu'il serait relevé, suivant le chiffre de la population des villes. S'il était adopté de concert avec les Syndicats médicaux, toutes les difficultés seraient supprimées, en ce qui concerne les honoraires des médecins, entre eux-ci et les chefs d'entreprise ou les Compagnies qui les représentent.

L'article 4 consacre d'une façon explicite et définitive le droit pour le blessé de choisir son médecin et son pharmacien.

M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, avait déposé un amendement tendant à ce que les frais d'hospitalisation ne soient pas fixés par des chiffres, mais réglés par les arrêtés qui régissent la matière dans chaque département. Il n'a pu le faire adopter par le Sénat, malgré l'excellence des arguments qu'il a présentés pour défendre les finances des établissements hospitaliers. Il en résulte que le prix de journée sera de 4 francs pour Paris, alors que le Conseil de surveillance avait fixé ce prix à 5 fr.

L'article 4, qui permet au médecin du patron de visiter le blessé hebdomadairement, fait une obligation pour lui de n'exercer ce droit qu'en présence du médecin traitant. C'est encore un succès pour nous.

Enfin, troisième avantage très appréciable pour les médecins : Le Juge de paix du canton où s'est produit l'accident sera compétent pour le règlement des honoraires médicaux jusqu'à 300 francs en dernier ressort, et pour toute somme supérieure à charge d'appel dans la quinzaine.

Ces résultats considérables ont été obtenus, grâce à l'intervention des Syndicats médicaux. Jusqu'à présent, le corps médical s'était trop peu préoccupé de la répercussion qu'avait le vote des lois sociales sur ses intérêts les plus respectables. Il n'en sera plus de même désormais. Les Syndicats, dont la vigilance est constamment en éveil, s'efforceront de défendre en toutes circonstances les droits les plus sacrés des médecins devant les pouvoirs publics et le Parlement. Le temps est passé où l'on faisait appel à leur dévouement sans rien leur donner en retour.

Après ce qui s'est passé au Sénat, nous espérons qu'on n'entendra plus les récriminations de médecins aigris contre leurs confrères du Parlement qui se contentent de récriminer sans jamais agir et trouvent même inutile de s'affilier aux Sociétés de défense professionnelle.

Nous remercions vivement nos défenseurs au Sénat, MM. les Drs Piettre, Pédebidou Alcide Treille, Petitjean, etc., M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, et nous leur adressons, ainsi qu'aux sénateurs qui nous ont soutenus de leurs votes, l'expression de notre reconnaissance.

Dr Louis Gourichon.

Voici les noms des sénateurs qui ont voté l'amendement substituant le tarif ouvrier ou les usages locaux à celui de l'Assistance médicale gratuite pour les soins donnés aux blessés du travail, amendement adopté par 141 voix contre 118 :

MM. Auguillon, Aucoin, Aunay (d'). — Barbaza, Bassinet, Bataille, Bayol, Beaupin, Belle, Béraud, Berdoly, Berger, Bernard, Berthelot, Bézine, Bidault, Bizot de Fonteny, Blanc (Philippe), Blanchier, Boissier, Boissy d'Anglas, Bonnefoy-Sibour, Borne, Bouffier, Bougues, Briens, Brisson (Jules). — Calvet, Cazot (Jules), Chabrié, Chantagrel, Cicéron, Clémenceau, Cocula, Collinot, Constans, Costes, Couteaux, Crémieux, Crozet-Fourneyron. — Danelle-Bernardin, Darbot, Daumy, Deandreis, Defarge, Dellestable, Delpech, Denoix, Desmons, Destieux-Junca, Dufoussat, Dupuy (Jean), Dusolier (Alcide), Duval (César). — Expert-Bezançon. — Fayard, Folliet, Forest (Charles), Forgemol de Bostquénard, Fou-

geirol, Françoz, Freycinet (de), Frézoul. — Gacon, Garnier, Gauthier (Aude), Gauthier (Haute-Saône), Giacobbi, Giguet, Gillot, Girard (Théodore), Girault, Giresse, Goujon, Gravin, Guillemot, Guyot.— Hugot, Huguet. — Jouffrault (Camille), Jouffray. — Knight. — Labiche (Jules), Labrousse, Latapy, Laterrade (Alexandre), Lavertujon (Henri), Lefèvre (Alexandre Leydet (Victor), Limouzain-Laplanche, Lintilhac (Eugène), Lordereau, Louis, Lourties. — Magnien, Magnin, Martin (Félix), Maurice-Faure, Mazière, Méric, Millaud (Edouard), Milliés-Lacroix, Mir (Eugène), Muracciole. — Ournac. — Parisot (Louis), Paul Gérente, Pauliac, Paul Strauss, Pédebidou, Perréal, Petitjean, Peyrot, Peytral, Pic-Paris, Piettre, Piot, Pochon, Pradal, Prevet. — Rauc, Régismanset, Ricard (Henri), Rivet, Rolland, Rouvier (Paul). — Saillard, Saint-Germain, Saint-Romme, Sal (Léonce de), Sigallas. — Tassin, Thézard (Léopold), Thuillier, Treille (Alcide). — Vagnat, Velten, Ville, Vinet, Viseur, Vuillod.

Ont voté contre :

MM Alasseur, Audiffret-Pasquier (duc d').— Barrière, Basire, Béjarry (de), Bérenger, Billot (général), Blois (comte de), Bodinier, Boissel (Victor), Bonnefille, Boudenoot, Bouillez (Achille), Boulanger (Ernest), Boularan, Bourganel, Brager de la Ville Moysan.—Carné (marquis de), Cassou, Charles Dupuy, Chatteleyn, Chaumié, Chovet, Claeys, Combes, Cordelet, Courcel (baron de), Courrégelongue, Cuverville (vice-amiral de), Cuvinot. — Decrais (Albert), Delahaye (Dominique), Delobeau, Demarçay (baron) Denis (Gustave), Depreux, Develle (Edmond), Drouhet (Théodore), Dubois (Emile), Dubost (Antonin), Duboys-Fresney, Duchesne-Fournet. — Fagot, Fleury (Paul), Forichon, Fortier, Froment. — Garreau, Gassier, Gassis, Girard (Alfred), Godin (Jules), Gottbron, Gouin, Goulaine (comte de), Gourju, Goutant, Grimaud, Guérin (Eugène), Guillier.—Halgan, Haugoumar des Portes, Haulon. — Jaille (vice-amiral de la). — Lamarzelle (de), Las Cazes (Emmanuel de) Lecomte (Maxime), Le Cour Grandmaison (Henri), Le Provost de Launay, Le Roux (Paul).— Maillard, Marcère (de), Mercier (général), Merlet, Milliard, Montfort (vicomte de), — Ollivier (Auguste), Outhenin-Chalandre, Ouvrier. — Parissot (Albert), Pauliat, Pichon, Pinault, Poincaré (Raymond), Pontbriand (du Breil comte de), Pouthier (de Chamaillard), Poriquet, Potié, Prilleux. — Rambourgt, Raquet, Ratier (Antony), Renaudat, Répiquet, Reymond, Ringot, Riou, Rouvier (Maurice). — Saint-Germain (général de), Saint-Quentin (comte de), Saisy (Hervé de), Sauvan, Sébline. — Tellier, Thorel, Thouneas, Tillaye, Tréveneuc (comte de), Trystram. — Vallé, Viger, Vissaguet. — Waddington (Richard), Wallon.

REPORTAGE MEDICAL

Association de la presse médicale française. — EXPOSITION D'HYGIÈNE, 1904. — Les Membres de l'Association de la presse médicale française sont admis gratuitement à l'Exposition internationale d'Hygiène et de Sauvetage, qui se tient actuellement au Grand Palais des Champs-Elysées (1).

Il suffit, pour entrer, de présenter sa carte d'identité.

Le Secrétaire Général, Dr Marcel BAUDOIN.

Congrès international de sauvetage et de secours publics, du 25 septembre au 2 octobre 1904. — Secrétariat général : Grand Palais (Champ-Elysées). — Il y aura DINER des congressistes, le mercredi 28 septembre à 7 h. 1/2 à la Taverne du Nègre (17 boul. St-Denis), sous la présidence de M. Tissier, chef de Cabinet du Ministère de la marine. Les dames sont admises. Retirer sa carte d'adhésion (Prix : 5 fr. 50 tout compris) chez le docteur P. Cornet, 73, boul. St-Germain (V).

(1) Rappelons que du 25 septembre au 2 octobre 1904, aura lieu, dans cette Exposition un Congrès international de sauvetage et de prompts secours.

Union des syndicats médicaux de France. Siège social: 28, rue Serpente (Hôtel des sociétés savantes). — Réunion du Conseil d'Administration au siège social, le mercredi 28 septembre à 4 heures et demie.

Ordre du jour : 1° correspondance ; 2° la gratuité des vaccinations ; 3° les tarifs des accidents du travail et la discussion de l'amendement Gourju ; 4° divers.

Cette réunion est importante au sujet des tarifs ; nous prions instamment les Membres du Conseil de faire le possible pour assister à la réunion ou nous donner leur avis par lettre, en temps utile.

Le Secrétaire Général, J. NOIR.

Distinctions honorifiques. — Nous adressons nos félicitations à MM. les docteurs CONCHON, de Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme) et FABRE, de Saint-Rome du Tarn (Aveyron), membres du « Concours médical » qui viennent d'être nommés *officiers d'Académie.*

Assemblée générale de la Société Fraternelle du Caducée. — M. le Dr Baradat (de Cannes, villa Denise), secrétaire général, nous informe que l'Assemblée générale de la « Société fraternelle du Caducée » se tiendra à Paris, sous la présidence de M. le Professeur Lacassagne, le 8 octobre 1904, à 6 heures 1/2, au Café Voltaire, place de l'Odéon (décision de l'Assemblée Générale du 10 octobre 1903).

Le Banquet annuel suivra la réunion (7 francs, tout compris).

Chaque membre est prié d'envoyer le plus tôt possible au secrétaire général, sous forme de simple note, les questions qu'il désire voir porter à l'ordre du jour de la discussion. Cet ordre du jour, dès qu'il sera complet, sera publié dans le journal le *Caducée* par M. le Dr Granjux.

Selon toute probabilité, les Caducéens bénéficieront, pour se rendre à l'Assemblée Générale, de la réduction des tarifs (1/2 place), généralement consentie par les Compagnies de Chemins de fer et de Navigation à l'occasion des congrès.

M. le Dr Baradat ajoute que l'Annuaire de la Société, qu'une décision de l'Assemblée Générale avait remplacé, pour l'année 1904, par une simple liste de noms, parue dans le numéro du journal le *Caducée* du 23 janvier, sera de nouveau composé et distribué en janvier 1905 dans les mêmes conditions que les années précédentes.

Secret professionnel. — Dans son audience du 18 juillet dernier, la Chambre des requêtes de la Cour de cassation a rendu un arrêt aux termes duquel « l'attestation d'un médecin qui affirme que, jusqu'à l'époque où il a cessé de donner ses soins à une personne, celle-ci était saine d'esprit et jouissait de la plénitude de ses facultés mentales, ne constitue pas une révélation du secret professionnel, interdite et réprimée par l'article 378 du Code pénal, et les juges qui déclarent cette attestation digne de confiance ont le droit d'en faire état ».

La tuberculose devant les Conseils généraux. — Sur la proposition de M. le Dr Tourdot, qui disait qu'après tant de subventions à des orphéons, harmonies régates, il était temps d'agir dans la lutte contre la tuberculose, le Conseil général de la Seine-Inférieure vient de voter le principe d'un crédit destiné à fournir des subsides aux ouvriers nécessiteux atteints de tuberculose, afin de leur permettre de se soigner dès le début.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiuqes médicales,

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY,

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Petit rappel au programme du Concours Médical.

Le *Concours Médical* est un journal d'études, et la Société civile dont il est l'organe se prononce dans ses Assemblées générales sur les conclusions qui peuvent résulter de ces études.

Accueillir et publier toutes idées qui lui sont soumises et paraissent susceptibles d'avantages pour la profession, provoquer la discussion générale de toute conception individuelle d'ordre pratique, tâter librement l'opinion, sans lui imposer des réponses préconçues, mais en lui demandant des avis très réfléchis, telle est la ligne de conduite que la Direction du journal suit avec *tenacité*.

On nous reproche parfois de trop multiplier les referendums et les questionnaires. « Agissez donc, nous écrit-on ; vous êtes bien mieux renseignés, par conséquent bien meilleurs juges que nous. »

Ceci est très flatteur, mais c'est mal raisonner ; c'est méconnaître le but initial de notre groupement, c'est déplacer les responsabilités, que de refuser ainsi le *concours* de son opinion personnelle.

Que le Conseil de direction se fasse un devoir de bien poser les questions, d'éclairer les solutions avec grand soin, de laisser même tel de ses membres parler à titre personnel et sans souci de la solidarité du Conseil, comme l'autre jour à propos de la réforme de l'indemnité kilométrique dans le tarif Jeanne, c'est son rôle rempli avec toute la largeur de vues qu'exige le souci de la libre discussion.

Mais cela ne préjuge rien quant aux solutions qui doivent être adoptées, soit par le Conseil, soit par l'Assemblée générale.

Celles-ci ne dépendent que des avis des lecteurs et des sociétaires, et la responsabilité qu'elles comportent doit remonter jusqu'à eux.

Quand, par exemple, l'œuvre de l'un de nous est peut-être destinée à fixer quasi-officiellement pour longtemps des chiffres qui représentent notre gagne-pain, comprendrait-on que, par fatuité, celui-là ne recherchât pas les moyens de la perfectionner, jusqu'à la dernière heure, en provoquant toutes les collaborations, comme nous avons l'habitude de couvrir notre responsabilité au lit du malade par des consultations entre confrères.

Comprendrait-on que ses collègues du Conseil lui mesurent la liberté à cet égard ?

Mais surtout, approuverait-on le refus d'un avis bien étudié de chacun des intéressés qui ne manqueraient pas de retrouver ensuite leur plume à l'heure des récriminations et des mécomptes qu'il faut toujours prévoir dans une tâche si difficile ?

Remercions donc ici, une fois de plus, ceux qui répondent toujours avec empressement à nos appels et rappelons à ceux qui se taisent par négligence, ou gardent

....De Conrard le silence prudent,

qu'ils ne sont pas, en agissant ainsi, dans l'esprit de la Société dont le nom dit tout : Le Concours médical.

Des réponses, des lettres, des observations, des documents, s.v.p.

On ne s'abstient pas dans un referendum, par-

ce qu'il ne s'organise que pour des questions graves, et parce que l'abstention a la plus lourde des responsabilités.

LA SEMAINE MÉDICALE

Mamelles supplémentaires.

Le Dr Viaud (d'Agon, Manche) nous écrit :

Il suffit d'avoir visité le Musée du Louvre et d'avoir admiré les Rubens pour savoir qu'il existe, au moins dans l'art, des femmes à mamelles supplémentaires. Ces femmes, symbolisant l'Abondance ou la Fécondité, ne sont point des fictions puisque Tarnier a vu sur le même sujet, en plus des deux seins thoraciques, deux seins abdominaux, qui. tous les quatre, contenaient du lait. Des mamelles situées à la région antéro-interne et supérieure des cuisses ont encore été observées. A. Charpentier enfin mentionne, dans son *Traité pratique des Accouchements*, des mamelles auxiliaires avec mamelons plus petits, quoique régulièrement conformés.

Les cas connus se rapportant à cette anomalie sont trop peu nombreux pour qu'ils enlèvent son intérêt à une observation nouvelle.

Le 22 août dernier, une jeune femme, primipare, accouchée le 13, nous mande pour, nous dit son mari « un ganglion sous le bras droit ». Ce ganglion n'est autre chose qu'une mamelle rudimentaire, si petite, qu'elle a été ignorée jusque-là, de la grosseur d'une noix depuis que la sécrétion lactée s'est établie. L'aréole est brune, plutôt ovale que ronde. Un liquide ayant tous les caractères du lait s'en écoule ; une légère pression le fait jaillir. Pas de douleur, mais seulement une gêne provenant du gonflement.

Cette particularité n'a guère précédemment attiré l'attention de celle qui la présente. Cependant, cette femme se rappelle que, quand ses seins se montraient plus lourds, plus tendus, par exemple lors de certaines époques menstruelles, de même qu'au commencement de sa grossesse, elle ressentait au niveau de l'aisselle une tension appréciable avec sensations de picotement et de lourdeur.

Du côté gauche, aucune trace d'une glande qui établirait la symétrie.

Les résultats du cyto-diagnostic.

Les résultats du cyto-diagnostic inventé par MM. Widal et Ravaut, quoique n'étant pas à la portée de tous les praticiens, peuvent rendre à ceux qui sont outillés pour le rechercher ou à ceux qui ont des laboratoires dans des communes voisines de leur région, d'inappréciables services au point de vue de la confirmation des résultats que la clinique a pu ébaucher.

Les liquides pathologiques exsudés dans la plèvre, la vaginale du testicule, les articulations, l'espace sous arachnoïdien et la cavité péritonéale, ont été étudiés par différents auteurs à la suite des promoteurs de la méthode ; les importantes notions qu'ils ont mises en évidence ont été rapidement résumées par M. Milian, in *Presse Médicale* :

Méninges. — C'est l'examen du liquide céphalo-rachidien qui fournit les renseignements les plus intéressants.

A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien, limpide comme de l'eau de roche, est complètement dépourvu d'éléments cellulaires. Il est envahi par ces éléments, dès que les méninges sont touchées par un processus inflammatoire quelconque : selon la nature de celui ci, varient les formes des leucocytes exsudés. C'est ainsi que l'on porte le diagnostic de *méningite cérébro-spinale aiguë* sur le vu des polynucléaires, et celui de *méningite tuberculeuse* d'après l'existence des lymphocytes. Au cours d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde, d'un érysipèle, etc., apparaissent souvent des phénomènes de *méningisme* ; mais, si les signes cliniques suggèrent l'idée de méningite, l'absence d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien atteste l'intégrité des méninges.

Les maladies chroniques du système nerveux bénéficient aussi du cyto-diagnostic. Au cours du *tabès*, de la *paralysie générale*, des *méningo-myélites*, le liquide céphalo-rachidien renferme des lymphocytes. Cette notion permet de dépister le tabès au début, alors qu'il ne se manifeste encore que par un seul symptôme véritable et d'une interprétation difficile.

Plèvres. — La *pleurésie aiguë séro-fibreuse à streptocoques* est caractérisée par la présence presque exclusive de polynucléaires.

La *pleurésie à pneumocoques* par des globules rouges, quelques lymphocytes, mais surtout des polynucléaires avec un plus ou moins grand nombre de cellules mononucléées, dont quelques-unes, véritables macrophages, englobent des polynucléaires dans leur protoplasma (Widal et Ravaut).

Contrairement à ces faits, la *pleurésie* dite *a frigore*, dont la nature tuberculeuse est à peu près constante, produit un épanchement à lymphocytes.

La *pleurésie mécanique* des cardiaques, des brightiques, etc., est entièrement différente des précédentes ; son épanchement renferme des globules rouges, mais très peu de leucocytes ; sa caractéristique réside dans la présence de grandes cellules analogues à des cellules endothéliales, isolées ou en placards, qui paraissent desquamées de la surface pleurale.

La *pleurésie cancéreuse* peut montrer des cellules spécifiques. Quand il s'agit d'un épanchement hémorrhagique, le laquage du sérum est un indice de cancer (Bard. Milian).

Dans l'hémothorax, l'étude cytologique fournit de précieux renseignements. L'augmentation ou la diminution des globules rouges par millimètre cube à quelques jours d'intervalle, indique que l'épanchement augmente ou diminue. L'évolution des polynucléaires renseigne exactement sur l'asepsie du milieu : ils doivent, au cas d'hémothorax moyen, disparaître de l'épanchement vers le vingt cinquième jour ; ils doivent être sans cesse inférieurs en nombre au total des lymphocytes et des mononucléaires. Faute de voir remplie l'une de ces indications, l'infection et la suppuration du milieu sont à craindre (Tuffier et Milian).

Vaginale. — Widal et Ravaut, Tuffier et Milian, ont montré que l'étude du liquide épanché dans la vaginale peut avoir en clinique une valeur séméiologique importante.

Les *hydrocèles aiguës* symptomatiques d'une blennorrhagie, par exemple, sont à polynucléaires. Les *hydrocèles tuberculeuses* sont à lymphocytes. Les *hydrocèles chroniques idiopathiques* ne présentent guère que de grandes cellules endothéliales isolées ou en placards.

Articulations. — Au cours des *arthrites aiguës rhumatismales* ou *blennorrhagiques*, on constate presqu'uniquement la présence de polynucléaires en grande abondance.

Dans les *hydarthroses* consécutives à une fracture de jambe ou à une phlébite, dans les *arthropathies tabétiques*, l'on constate la présence de lymphocytes en très petit nombre, mêlés çà et là à quelques gros éléments mononucléés. Dans ces variétés d'arthrites, les éléments cellulaires sont très rares, et en tout cas, beaucoup moins nombreux que dans les arthrites aiguës.

Ascites. - Le cytodiagnostic des épanchements péritonéaux ne semble pas avoir jusqu'ici donné de renseignements très précis sur la cause de l'ascite. MM. Grenet et Vitry ont, il y a quelque temps, repris la question en des recherches très rigoureuses. On peut tirer, de leurs résultats, sinon des conclusions positives, au moins d'utiles renseignements.

Ils confirment tout d'abord les données fournies par Tuffier et Milian, pour établir le diagnostic cytologique entre la péritonite tuberculeuse et le kyste de l'ovaire, et même l'ascite symptomatique d'un kyste ovarique ; la constatation de grosses cellules vasculaires en voie de dégénérescence, cellules dont l'existence avait été signalée depuis longtemps, permettra peut-être de porter le diagnostic de kyste, plus facilement que les modifications des albumines et de la fibrine.

De plus, il semble que les ascites d'origine mécanique, de même que les pleurésies des cardiaques et des brightiques, contiennent surtout des placards endothéliaux.

Enfin, la réaction uniquement lymphocytaire de la séreuse péritonéale ne doit pas être considérée comme pathognomonique de la tuberculose, et, si on la constate dans la péritonite tuberculeuse de l'homme et dans les faits expérimentaux (Bezançon et Griffon), il faut savoir que la même formule peut se retrouver dans le cancer du péritoine.

La cytologie des ascites ne semble donc répondre à aucune règle précise, ainsi que l'ont déjà remarqué plusieurs auteurs, et en particulier MM. Achard et Lœper.

Ces différents résultats ne remplacent pas les données cliniques, mais ils les corroborent puissamment ; grâce à eux, le diagnostic gagne en facilité et en précision.

La radio-activité des eaux minérales dites indéterminées.

Depuis des siècles que l'on connaît et que l'on utilise les eaux minérales de Plombières, de Luxeuil, de Néris, de Bad-Gastein, de Bagnoles-de-l'Orne, on s'est maintes fois demandé par quelle mystérieuse influence, ces eaux pouvaient avoir une action si remarquablement efficace, étant donné que l'analyse chimique n'y trouvait pas de proportions bien importantes de sels minéraux actifs. Les esprits forts, qui ne doutent de rien et qui refusent de croire ce qu'ils ne peuvent expliquer, s'empressaient déjà de dire : « Bah ! c'est par suggestion qu'agissent ces eaux-là ! ou bien, c'est une question d'ambiance, (bon air, climat favorable, repos, etc., etc.). » Les sages se contentaient de dire : « Constatons, acceptons et avouons notre ignorance. » Eh bien ! ces derniers étaient dans le vrai ; on ne savait pas, il y a seulement une année, à quelle cause attribuer l'activité de certaines de ces eaux dites indéterminées.

Des recherches récentes de MM. *Curie* et *Laborde* viennent de jeter un jour tout nouveau sur l'action mystérieuse de ces eaux. Ces auteurs font recueillir au griffon les gaz qui se dégagent des sources, ou bien ils retirent eux-mêmes, par l'ébullition, ceux contenus dans les eaux qu'ils viennent de recevoir ; dans les deux cas, ils constatent que les gaz provenant de certaines stations thermales possèdent un pouvoir radio-actif appréciable. C'est dire que, semblables au radium, ils émettent des rayons invisibles et pénétrants, analogues aux rayons de Rœntgen, et capables, comme eux, d'impressionner des plaques photographiques.

« Grâce à un dispositif fort ingénieux, ils ont pu faire le dosage, en quelque sorte, de ce pouvoir radio-actif, en le comparant à celui d'un litre d'air pur laissé en contact durant un temps donné avec une petite quantité de bromure de radium.

« Fait vraiment curieux, c'est dans les eaux qualifiées d'indéterminées que la radio-activité s'est montrée surtout élevée. Bad-Gastein, Plombières, Bain-les-Bains, Luxeuil, Néris, occupent, à ce point de vue, les premiers rangs du tableau dressé par MM. Curie et Laborde à la suite de minutieuses recherches. Il y a là un contraste remarquable entre les eaux thermales dont on s'explique nettement l'action par la richesse de leurs produits minéraux et celles dont la faible minéralisation laisse planer un doute sur la réalité de leur efficacité.

« La plupart de ces dernières sont réputées surtout pour leur action sédative sur le système nerveux et pour leur influence générale sur les échanges organiques. Ces propriétés ne deviennent-elles pas explicables, si l'on tient compte de ce nouveau pouvoir radio-actif ?

« Quelle est, en effet, l'action des rayons du radium sur l'économie ? M. Darier déclare qu'ils sont analgésiques, et il les utilise comme tels et avec succès dans les affections douloureuses les plus variées : la goutte, l'iritis, les névralgies.

« M. Danycz et M. Bohn leur reconnaissent aussi une influence considérable sur le système nerveux. Selon les doses et les animaux en expériences, ils obtiennent tour à tour l'anesthésie, la fatigue, la paralysie ; du côté de la peau, les effets vont de la congestion simple, avec vaso-dilatation des vaisseaux, à l'érythème et à la brûlure.

« La faible radio-activité des eaux thermales peut expliquer comment existe seule, par leur emploi, une action excitatrice générale et analgésiante, sans qu'on puisse observer l'action destructive ou inhibitrice intense que nous venons de signaler. » (*Répertoire de Pharmacie.*)

Les recherches de MM. Curie et Laborde expliquent encore un autre phénomène : la diminution assez rapide de l'activité des eaux.

Le radium ne cède ses propriétés radio-actives aux eaux qui sont à son contact que pour un temps limité. Or, ces eaux soustraites à la source minérale et embouteillées doivent perdre progres-

★

sivement leurs propriétés radio-actives au bout de 15 jours à six semaines environ. Cela démontre, sans doute, que les phénomènes observés ne sont pas dus à une dissolution du sel de radium dans les eaux, puisque ce corps possède une énergie toujours constante ; mais c'est aussi une indication formelle, pour le médecin, de n'utiliser jamais, loin de la source, que des eaux minérales fraîches, du moins quand il s'agit de celles du genre Plombières, Vichy (source Chomel), Néris, etc.

C'est, d'ailleurs, un fait d'observation courante. Il y a longtemps qu'on a remarqué que certaines eaux minérales perdent vite, avec le temps, leurs propriétés curatives.

Traitement de l'entérite muco-membraneuse.

Le traitement de l'entérite muco-membraneuse présente une extrême importance. Il permet d'atténuer les symptômes pénibles de la maladie, il aboutit parfois à la guérison complète, il évite les complications qui peuvent venir assombrir le pronostic de l'entérite. Aussi nos lecteurs seront-ils heureux d'avoir, sur ce sujet, les idées d'un spécialiste, M. le docteur Froussard (de Plombières). C'est à son livre récent sur l'*entérite muco-membraneuse* et à l'article de M. Babonneix (in *Gaz. des Hôp.*) que nous empruntons la plupart des détails qui suivent.

Le traitement de l'entérite muco-membraneuse doit se proposer.

1° De diminuer l'intensité du spasme intestinal, cause immédiate de la constipation et des douleurs ;

2° D'empêcher les excitations fortes de l'intestin, origine des spasmes réflexes ;

3° De diminuer la production du mucus et des fausses membranes ;

4° De remédier à la dénutrition générale de l'organisme ;

5° De lutter contre les auto-intoxications d'origine intestinale.

Pour remplir ces différentes indications, le médecin doit faire appel non seulement à l'hygiène générale et alimentaire, mais encore aux différents procédés de thérapeutique physique et médicamenteuse.

Hygiène générale. — Les malades devront mener une existence calme, exempte de toute fatigue physique ou morale ; leur vie sera réglée ponctuellement, les heures consacrées au sommeil, aux repas, aux exercices, soigneusement respectées ; leurs fonctions cutanées seront excitées par les moyens habituels : frictions sèches ou à l'alcool, bains, etc., etc.

L'hygiène alimentaire est très difficile à fixer d'une manière uniforme. Théoriquement, l'alimentation doit :

1° Etre assez riche en matières azotées, hydrocarbonées et en graisses pour assurer, dans tous les cas, la ration d'entretien ;

2° Ne comprendre que des aliments qui mettent en action la fonction motrice de l'intestin ;

3° Ne se composer que de matières fraîches.

La première règle pratique est de *ne tolérer que les aliments qui sont complètement digérés*. Ceux, en effet, qui, pour une raison ou pour une autre, échappent à l'action des sucs digestifs, agissent non seulement sur l'intestin comme corps étranger, mais aussi donnent lieu à des fermentations secondaires, origine d'auto-intoxications. On doit, en second lieu, ne tolérer, parmi les aliments digérés par un malade donné, que ceux qui, par leurs qualités physiques ou chimiques, sont les moins excitants possible pour l'intestin.

En général, les viandes, surtout les viandes grasses, les légumes verts, les poissons, sont fort mal digérés. Le lait pur n'est pas toujours d'une digestion facile. Par contre, les hydrocarbonés sont parfaitement tolérés : quelques-uns (céréales, légumineuses) doivent, toutefois, être artificiellement réduits en poudres impalpables et privés des particules coriaces qui les entourent.

Avec ces farines (farines de céréales : orge, blé, avoine, maïs ; farines de légumineuses, pois, lentilles, haricots, fèves), on peut préparer, soit avec du lait, soit avec des jaunes d'œufs, soit avec du beurre, du sucre ou des sels, des potages, des bouillies, des purées ou des soufflés. Tout l'artifice de la préparation consiste à les faire cuire très longtemps à l'eau ou au lait et à n'ajouter le beurre qu'au moment de le servir. Le beurre très frais est à peu près le seul corps gras digéré dans l'entéro-colite muco-membraneuse ; dans quelques cas, il n'est pas digéré, il faut alors le remplacer par du jaune d'œuf.

Les pâtes alimentaires (pâtes d'Italie, d'Auvergne) s'emploient avec avantage cuites très longtemps à l'eau et au sel, et accommodées extemporanément avec du beurre frais.

On ne doit tolérer que l'usage du pain de Graham, ou du pain blanc débarrassé de sa mie, grillé ou desséché au four ; on peut aussi recommander les biscottes, les zuisbaks, etc.

En dehors des œufs et des farines, on ne conseillera le poisson maigre bouilli et la viande de boucherie ou la volaille fraîche, grillée ou rôtie, que lorsqu'on se sera assuré que leur digestion est complète. Il en sera de même des légumes verts que l'on ne tolérera que cuits à l'eau et au sel, hachés, passés à l'étamine et accommodés au beurre sur la table du malade lui même.

Comme dessert, on pourra autoriser l'usage du fromage cuit : gruyère, hollande, les crèmes sucrées, les compotes et les marmelades de fruits.

La boisson sera prise en petite quantité. L'eau de source sera le seul liquide autorisé.

Agents physiques. — Les cures d'air sont très recommandables, à condition qu'elles se fassent à une altitude variant entre 400 et 1000 mètres, dans des localités à l'abri du vent.

Quant à l'hydrothérapie, elle peut être employée sous forme de manœuvres externes (bains généraux, locaux, douches, enveloppements humides) ou internes (lavages du côlon, coloclyse *sans pression*). Les applications prolongées (bains, douches) d'eau chaude exercent une action sédative marquée. La douche très chaude d'emblée ou mieux progressivement surchauffée, donnée sur le ventre sans aucune pression, est particulièrement recommandable à cet égard.

Quant à la coloclyse, elle est indiquée dans les cas de copro-stase rebelle à tous les autres moyens de crises diarrhéiques compliquées d'accidents infectieux, ou encore lorsque les selles contiennent beaucoup de fausses membranes. Elle ne comporte qu'une seule contre-indication : « Le spasme, que le lavage, prescrit dans de mauvai-

ses conditions, peut exagérer et produire. » Le lavage sera fait sous une pression faible (30 à 40 centimètres), avec de l'eau chaude à 35-40 degrés. La quantité de liquide employée ne sera jamais suffisante pour dilater l'intestin. Le lavage sera interrompu dès que le malade éprouvera soit des douleurs, soit des besoins d'expulsion.

Deux cures thermales améliorent surtout l'entérite muco-membraneuse : l'une, Plombières, convient plus particulièrement aux arthritiques avérés et aux nerveux excitables ; l'autre, Châtel-Guyon, réclame surtout les cas de dépression nerveuse ainsi que les formes torpides et atoniques.

Quant au massage, il ne réussit que si l'on s'adresse aux frictions et aux vibrations ; les procédés brusques : pétrissage, hachure, claquement, doivent être proscrits. La gymnastique convient surtout aux malades qui, en plus de leur entérite, présentent des ptoses diverses.

Des différents médicaments préconisés, on ne retiendra que les purgatifs. Il faut toujours choisir le purgatif le moins irritant, sels de magnésie, (Eau de Condal), huile de ricin ; dans quelques cas heureux le miel, la glycérine, l'huile d'olives pure suffisent à provoquer des selles journalières. L'huile d'olives peut être prescrite sous forme de grands lavements (1/4 de litre) pris avec une canule le soir avant de se coucher et gardé toute la nuit ; on peut aussi se contenter de faire prendre aux malades une cuillerée à bouche d'huile le soir, en se couchant.

En cas de crise, le repos au lit s'impose. Les douleurs seront combattues par l'administration de chloral (4 à 5 grammes), de belladone, de jusquiame. A la morphine, toujours si dangereuse chez les malades atteints d'affections chroniques, on préfèrera les grands bains chauds prolongés, les applications locales très chaudes, les frictions superficielles ; puis, lorsque les phénomènes douloureux seront atténués, on cherchera à évacuer l'intestin, soit par l'administration d'huile de ricin, soit par des lavements d'huile ou des lavements intestinaux.

Le chlorure de calcium en injections hypodermiques contre les hémorrhagies.

Nous avons, à plusieurs reprises, rapporté l'opinion du physiologiste Dr Gley, qui affirme que l'action anti-hémorrhagique de la gélatine en injections sous-cutanées est due à la présence, dans cette gélatine, d'une petite quantité de chlorure de calcium. Mettant à profit cette remarquable propriété, MM. Peaudeleu et Barraja, de Marseille, ont obtenu, nous dit la *Médecine Moderne*, d'excellents résultats dans la forme hémorrhagique de la variole avec l'émulsion suivante qui, facilement injectable, fait disparaître les hémorrhagies, amende tous les symptômes et cela sans risques d'abcès ou d'eschares. La formule de nos confrères marseillais est la suivante :

Chlorure de calcium cristallisé...	5 grammes.
Gomme arabique pulvérisée......	5 —
Huile d'amandes douces stérilisée..	5 —
Eau distillée bouillie............	15 —

On triture dans un mortier la gomme et le chlorure, afin d'obtenir une poudre fine que l'on mêle à 5 centimètres cubes d'eau distillée. On incorpore goutte à goutte, dans le mucilage obtenu, la quantité d'huile prescrite. On agite et on obtient ainsi une émulsion homogène prête à être injectée, et dans laquelle un centimètre cube renferme environ 25 centigrammes de chlorure de calcium.

Traitement des verrues.

Tous nos confrères savent combien il est parfois difficile de débarrasser certaines personnes du désagrément des verrues aux mains et à la face : l'acide azotique, le nitrate d'argent, l'acide chromique, n'en viennent pas toujours facilement à bout. M. le Dr Mantelin rapporte, dans le *Journal des Praticiens*, qu'il a eu l'occasion de voir une petite fille de onze ans, qui, depuis trois ans, avait vu apparaître aux commissures des lèvres et aux mains, un très grand nombre de verrues qui récidivaient même après cautérisation au Paquelin.

Il ordonna à cette malade la magnésie, qui a été préconisée par Fonssagrives et qui passe pour donner de bons résultats. La dose prescrite fut de 0 gr. 60 par jour ; mais, n'ayant qu'une demi-confiance dans ce traitement, il eut l'idée de prescrire en même temps des applications locales et quotidiennes avec le liquide suivant :

Chloral hydraté..................	1 gr.
Acide acétique....................	1 —
Acide salicylique.................	4 —
Ether...........................	4 —
Collodion........................	15 —

Au bout d'un mois, les verrues avaient disparu, ne laissant après elles aucune trace.

Il est permis de se demander si le succès obtenu doit être attribué au topique ou à la magnésie.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le professeur Kirmisson.

La hernie inguinale chez les petites filles.

Je désire attirer aujourd'hui votre attention sur les hernies inguinales congénitales des petites filles ; mais auparavant, pour éclairer un peu la pathogénie de cette affection, je vais ouvrir, à titre de préambule, une parenthèse et vous dire quelques mots du mécanisme qui engendre ces hernies chez les garçons.

La hernie inguinale, vous le savez, est beaucoup plus commune dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, ce qu'expliquent les données embryologiques concernant la région. Le schema-type de la hernie inguinale congénitale des garçons est le suivant : le canal vagino-péritonéal qui livre passage au testicule, au lieu de s'oblitérer, persiste ; l'intestin communique avec la tunique vaginale, la pénètre et vient se mettre en contact avec le testicule.

Cette conception n'est pas toujours, apparemment du moins, réalisée en pratique. Plus on opère de ces hernies — plus j'en opère personnellement — et plus on est frappé du nombre considérable de cas dans lesquels on trouve la her-

nie absolument indépendante du testicule, sans qu'elle cesse pour cela d'être congénitale. Nous rencontrons ici un fait analogue à celui qui explique la genèse des kystes du cordon. Ces kystes sont dus à la persistance en un point (où le liquide s'accumule) du canal vagino-péritonéal, oblitéré sur le reste de son étendue. De même, dans la hernie inguinale, le canal vagino-péritonéal peut persister sur la totalité ou une partie seulement de sa longueur.

L'évolution testiculaire rend donc compte de la fréquence des hernies inguinales chez les garçons. Partant de cette idée, on s'est dit et on dit encore que, rien de semblable n'ayant lieu chez les filles, la hernie inguinale congénitale devait être, chez elles, très rare. Cette opinion cadre bien d'ailleurs avec nos souvenirs de chirurgie des adultes : vous vous rappelez, effectivement, que toutes les fois, ou presque toutes les fois qu'une femme entre à l'hôpital pour un étranglement herniaire, la hernie crurale est en cause ; vous en concluez peut-être que la hernie inguinale est d'une manière générale peu commune dans le sexe féminin.

Eh bien ! c'est là un bel exemple de ce raisonnement *a priori*, si dangereux en médecine, que combattait jadis Malgaigne. Ce même Malgaigne, dont j'évoque le souvenir et les travaux, a démontré, il y a longtemps, que, parmi les hernies féminines, la plus fréquente était la hernie inguinale. Après lui, la preuve de cette assertion s'est faite plus complète. M. Berger, chargé pendant plusieurs années du bureau des bandages à l'Hôtel-Dieu, est arrivé à établir la statistique suivante : sur 2534 hernies de la femme, 1123, soit 44 pour 100 étaient, inguinales. D'autre part, la Société des bandages de Londres a publié une statistique analogue et a trouvé une proportion encore plus grande : elle a noté, en tenant compte de la totalité des cas, pour 100 hernies féminines de toutes natures, 50,4 de variété inguinale, soit plus de la moitié. La hernie crurale atteint un chiffre notamment moins élevé : on la trouve 22 fois sur 100 dans le relevé de Berger et 34 fois sur 100 dans le relevé de la Société des bandages de Londres. Les données en question confirment donc pleinement l'opinion de Malgaigne et elles prouvent que la hernie inguinale est, chez la femme, la plus commune de toutes.

Si maintenant nous considérons non plus le sexe féminin dans sa totalité, mais les fillettes au-dessous de 15 ans, nous enregistrons dans le travail de Berger 118 hernies inguinales et seulement 2 hernies crurales. Je vous disais l'autre jour que j'ai conservé personnellement le souvenir d'une seule hernie crurale chez une fillette. A propos de cette leçon, j'ai compulsé les registres des 8 années que j'ai passées aux Enfants-Assistés et j'en ai découvert un second cas, ce qui fait deux pour toute ma carrière chirurgicale.

Vous voyez donc que les hernies inguinales, contrairement à l'opinion ambiante, sont beaucoup plus fréquentes chez la femme que les hernies crurales ; chez les fillettes, la différence est encore plus accentuée, les hernies crurales étant excessivement rares : Berger en a noté deux exemples et moi-même deux cas seulement.

Quelle est la pathogénie de la hernie inguinale de la petite fille ? Elle est analogue à celle de la même lésion chez les garçons. Le canal vagino-péritonéal existe, en effet, dans le sexe féminin : c'est un prolongement en doigt de gant qui porte le nom de canal de Nuck, anatomiste qui l'a décrit. Tous les auteurs qui ont cherché à vérifier les assertions de Nuck sont arrivés à en constater la justesse. Cruveilhier, et plus récemment Zuckerkandl, ont trouvé cet organe 24 fois sur 100. C'est là un fait anatomique au-dessus de toute contestation.

Non seulement ce canal, prolongement du péritoine, peut livrer passage à l'intestin, mais il devient parfois le siège d'un épanchement liquide que l'on a appelé hydrocèle du canal de Nuck. Ces hydrocèles— comme les hydrocèles congénitales des garçons — sont tantôt indépendantes, ressemblant alors aux kystes du cordon, ayant leur tension, leur mobilité, leur transparence, tantôt communiquantes avec le péritoine dans lequel elles se réduisent.

On rencontre quelquefois chez la fillette des hernies inguinales dites enkystées. Supposez une de ces hydrocèles enkystées dont il vient d'être question et placez au-dessus une hernie. A un moment donné, celle-ci descend, refoule le liquide et, s'il s'agit d'un garçon, vient s'appuyer contre le testicule ; s'il s'agit d'une fillette, la hernie s'enfonce simplement dans le sac et s'accole au kyste du canal de Nuck, d'où la dénomination qui lui est donnée.

On observe, d'autres fois, des hernies dites en bissac. Ce sont des hernies volumineuses à double poche : l'une, placée au-dessus du canal de Fallope, distend l'abdomen, l'autre est située au-dessous et en dehors de ce canal. Ce sont là des faits qui appartiennent plutôt à la pathologie des adultes.

Si nous étudions les organes contenus dans la hernie, nous trouvons l'intestin grêle, l'épiploon, plus rarement le gros intestin, et enfin, quelquefois, une partie des organes génitaux internes, ovaires, trompes, utérus.

Quant à la marche clinique de l'affection, elle est simple chez les enfants. Les parents remarquent une petite tumeur qui n'est la source ni de gêne ni de douleur. Ils ont l'impression qu'il s'agit d'une hernie et ils viennent consulter pour en avoir la confirmation. Tel était le cas pour cette fillette de 9 ans que j'ai opérée tout à l'heure. Elle nous avait été conduite pour une « grosseur » développée dans l'aine. L'enfant étant couchée, on ne voyait rien d'anormal. Mise debout et invitée à tousser, on apercevait une tumeur piriforme qui prenait un assez gros volume. Il était facile de la réduire et d'apprécier sa sonorité.

Tel est le tableau symptomatique de la hernie inguinale des petites filles. Il y a, à cet âge, très peu de tendance à l'étranglement et, bien que j'aie opéré et vu un très grand nombre de hernies inguinales chez des fillettes, je ne me souviens pas avoir rencontré un seul cas d'étranglement. Nous trouvons à ce point de vue quelque différence avec la même lésion chez la femme adulte : l'étranglement inguinal, chez cette dernière, bien qu'infiniment plus rare que l'étranglement crural, se voit cependant de temps en temps.

Si l'on envisage comparativement les deux grandes variétés de hernie, inguinale et crurale, on les trouve tout à fait dissemblables. La première est volumineuse, atteignant dans certains cas la grosseur des deux poings réunis, la seconde est petite, marronnée ; la première constitue une in-

firmité pénible, gênante par son volume et son poids, la seconde s'étrangle facilement ; la grosse hernie inguinale est, au demeurant, beaucoup moins grave que la petite hernie crurale si bénigne en apparence.

Le diagnostic de la hernie inguinale chez les fillettes n'offre pas de grandes difficultés. On peut la confondre principalement avec les kystes du canal de Nuck lorsque ceux-ci sont réductibles. Rappelez-vous que la tumeur kystique est quelquefois transparente, que sa tension est plus considérable et qu'elle est mate et non sonore. Les petites difficultés que l'on rencontre chez certaines femmes adultes du fait d'une adipose excessive ne se trouvent plus dans l'enfance. Chez les femmes grasses, avec développement excessif du tissu adipeux, il arrive qu'une éventration située au-dessus du canal inguinal ressemble à une hernie crurale. D'autre part, la hernie crurale, lorsqu'elle acquiert un volume suffisant, remonte et simule une hernie inguinale. Pour établir la distinction, ce qui a son importance au moment de l'opération, vous tracerez une ligne reliant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis. Vous noterez, d'abord, les rapports du pédicule de la hernie avec l'artère crurale ; il est en dedans s'il s'agit d'une hernie crurale. Vous réduirez ensuite si possible la hernie et vous chercherez la situation de l'orifice, au-dessus ou au-dessous de l'arcade crurale.

Je ne fais que signaler le diagnostic avec les lipomes, les fibro-myomes, car cela n'a rien à voir avec l'enfance.

Quelle doit être la conduite à tenir en présence d'une hernie inguinale chez une fillette ? Si la lésion est constatée aussitôt après la naissance, on recommandera un bandage et on peut espérer, grâce au port méthodique, jour et nuit, de cet appareil, d'arriver à une guérison. L'accolement des deux lèvres de l'ouverture, le développement du bassin qui tend ct rapproche ces lèvres, permettent quelquefois cette guérison.

D'une manière générale, la tendance curatrice que je signale est moins marquée chez les petites filles. Néanmoins, chez une enfant de quelques mois, surtout si elle est délicate, on est autorisé à conseiller le port du bandage.

Si, au contraire, il s'agit d'une fillette de 3 à 4 ans déjà, que faut-il faire ? La hernie ne cause aucune gêne : allez-vous opérer ?

Il y a 30 ans on eût répondu catégoriquement, non. Aujourd'hui les choses ont changé et la conduite est absolument inverse. Sans doute, la hernie à cet âge n'offre aucun inconvénient quant au présent, mais elle n'en constitue pas moins une sérieuse menace pour l'avenir, une infirmité pénible qu'aggraveront les grossesses et les accouchements. Or, après 2 ans, le port du bandage est assez illusoire : aussi, lorsque l'enfant est bien portante, il est indiqué de conseiller aux parents l'opération. Ce n'est pas une question d'urgence mais de prévoyance.

Il n'y a aucune espèce de raison de rejeter cette cure radicale. Vous me la voyez faire à chaque instant et elle est des plus simples. Chez les petites filles vous n'avez même pas d'organe à ménager, vous n'avez pas cette dissection pénible que vous êtes obligés d'exécuter chez les garçons pour ne par léser l'artère spermatique et le canal déférent. Quand même vous auriez sectionné l'extrémité du ligament rond, cela n'aurait aucune conséquence. L'enveloppe herniaire toutefois, est assez vasculaire et autour du sac il est un certain nombre de vaisseaux. Ce détail est bon à connaître : on ne s'étonnera pas s'il y a suintement sanguin assez abondant, particularité sans grande importance, d'ailleurs.

Je me résume en disant :

La hernie inguinale est, chez la fillette, beaucoup plus fréquente que la hernie crurale. C'est une maladie généralement bénigne, pouvant guérir dans les premiers mois de l'existence par l'application permanente d'un bandage. Plus tard il est indiqué de l'opérer : c'est une cure radicale, non d'urgence mais de prévoyance.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PRATIQUE MÉDICALE

Le Traitement du cancer de la peau par les rayons X.

La communication que j'ai l'honneur de faire à l'Académie de médecine a pour but de montrer l'utilité de la radiothérapie dans le traitement du cancer de la peau, et d'exposer quelques faits peut-être intéressants, en me fondant sur une statistique de 15 cas, réunis depuis quelques mois.

Le traitement des épithéliomes de la peau par les rayons X, pratiqué depuis quelques années en Allemagne, en Autriche, en Angleterre et aux Etats-Unis, et qui rencontre dans ces pays une faveur de plus en plus grande, est d'importation récente en France ; il est urgent d'en faire connaître les avantages et les inconvénients, d'en donner les indications et les contre-indications. Dès aujourd'hui, les documents dont nous disposons sont assez nombreux pour qu'on doive considérer la radiothérapie comme une excellente méthode *curative* du cancer de la peau, et comme étant très souvent préférable à toute autre.

Etat actuel de la question. — Je ne veux pas m'étendre sur l'histoire du sujet ; je rappellerai seulement, parmi les auteurs qui s'en sont occupés les premiers, les noms de Sjogren, Stenbeck, Schiff et Freund, Sequiera, William. La bibliographie de la question est déjà considérable.

Technique du traitement. — On sait combien ont été dangereux les rayons X tant que la technique de leur emploi n'a pas été réglée. En France, la frayeur causée par les accidents de la radiographie, à partir de 1896, a été telle, qu'elle a singulièrement gêné et rendu difficile l'étude de la radiothérapie. A l'étranger, au contraire, la technique a été perfectionnée peu à peu ; aujourd'hui, depuis les travaux de Freund, d'Holzknecht, de Kienbock, ceux de Béclère, elle permet de doser les rayons X et de mesurer leur action.

Les études thérapeutiques ayant été poursuivies en même temps que celles consacrées à la technique, on ne peut être surpris de voir pendant longtemps les médecins qui employaient les rayons X rester extrêmement prudents. Jusqu'à ces derniers temps, le traitement était fort long, se prolongeant pendant des semaines. Bien

entendu, les résultats, déjà excellents, n'étaient pas dans tous les cas des plus nets : on devait se demander s'il convenait bien de préférer la radiothérapie aux méthodes déjà nombreuses qui, bien maniées, permettent de guérir dans la plupart des cas l'épithéliome de la peau.

Je n'insisterai pas sur les discussions sans fin consacrées à l'instrumentation, à la valeur relative des bobines, des machines statiques. Toute source de rayons X permettant de fournir des rayons peu pénétrants en quantite suffisante, peut être aujourd'hui utilisée en radiothérapie.

Les premiers observateurs se sont assez rapidement mis d'accord sur la nécessité d'employer des tubes mous, c'est-à-dire donnant des rayons dont l'action s'épuise dans le revêtement cutané (ces rayons — rayons mous — se distinguent des rayons durs, qui sont au contraire essentiellement pénétrants et sont utilisés en radiographie). Mais les séances étaient toujours courtes, faites à de longues distances ; par exemple Williams, dans son livre intitulé : *The Rœngen Rays in Médecine and Surgery*, parle de séances de trois ou cinq minutes, faites chaque jour, à 20-30 centimètres d'une ampoule. Dans ces conditions, la guérison d'un épithéliome peut exiger six semaines, deux mois et plus.

Freund, dans son livre récent, *Grundriss der gesæmmetem Radiotherapie*, déclare que, dans le traitement de l'épithéliome comme dans celui du lupus érythémateux, on peut employer deux méthodes, l'une douce, les séances sont courtes, faites à longue distance de l'ampoule ; l'autre intensive, séances longues, le malade est placé près de l'ampoule molle. Il préfère la première dans le lupus et dans l'épithéliome, et est d'accord sur ce point avec Sjogren, Chamberlain, Pusey, Schiff, etc.

Dans la discussion importante qui a eu lieu sur la radiothérapie, à la XXVII[e] réunion de l'Association dermatologique américaine, les auteurs semblent bien préférer la méthode lente : certains cependant font remarquer que, dans quelques cas, la durée du traitement pourrait être raccourcie.

Dans le traitement du lupus, le choix entre les méthodes est délicat : la méthode intensive ne permet pas d'obtenir toujours la guérison plus rapide, les plaies auxquelles elle donne lieu exigeant une longue réparation. Mais dans le traitement de l'épithéliome, le cas est tout différent ; l'expérience a démontré que la réparation est d'autant plus facile, d'autant plus rapide, que l'action des rayons a été plus franche.

Brocq et Bisserié ont déjà publié à la Société de dermatologie, en novembre 1903, une note dans laquelle ils déclarent avoir employé une technique rapide consistant à faire deux séances de quinze et vingt minutes, correspondant à 7 ou 8 unités H. de Holzknecht. Les séances ne sont ensuite reprises qu'après une quinzaine de jours pour achever la guérison. Ces séances tardives sont courtes.

De mon côté, dans les recherches thérapeutiques que j'ai faites avec mon assistant, le docteur Donat, je suis arrivé à la même technique ; alors que nous faisions au début des séances courtes, à grande distance, nous faisons maintenant, à l'Etablissement dermatologique, des séances couplées de vingt et vingt cinq minutes, à un jour d'intervalle, à 2 centimètres de l'ampoule de Villard. On peut ainsi obtenir la guérison en trois ou quatre séances dans les épithéliomes auxquels je donne le nom d'épithéliomes adultes. Je m'expliquerai plus loin sur la valeur de ce terme.

Il est probable qu'on pourrait arriver à guérir un certain nombre d'épithéliomes cutanés en une séance de radiothérapie ; la méthode qui a tant d'avantages sur lesquels je vais m'étendre, prendrait ainsi une remarquable élégance. Mais, pour arriver à ce résultat, il serait nécessaire de bien distinguer entre les formes anatomo-cliniques : comme nous le verrons, il existe des épithéliomes de la peau rebelles dans une certaine mesure aux rayons X, et il importe de les connaître. D'autre part, à agir trop énergiquement, on risquerait peut-être de temps en temps la production de plaies, par action des rayons X sur les tissus sains sous-jacents au néoplasme. Mieux vaut les éviter pour les opérateurs qui ne sont pas absolument sûrs de leur technique.

Effets du traitement.— Dans le *Traité pratique de dermatologie* que j'ai publié avec M. Hallopeau, j'ai donné le nom d'épithéliomes adultes aux néoplasmes dans lesquels il existe une ulcération couverte ou non d'une croûte, et limitée par un bourrelet dur. Tout épithéliome de la peau peut arriver à cette phase, qui est celle où il peut devenir dangereux, envahissant, pénétrant, quoique le plus souvent son évolution reste encore très lente.

Ce sont ces épithéliomes qui relèvent essentiellement de la radiothérapie.

Lorsqu'on les soumet aux rayons X, on observe des effets intéressants, d'autant plus que la radiothérapie est maniée d'une manière plus franche. L'un d'eux m'a frappé, quoiqu'il ne soit pas signalé par la plupart des auteurs : c'est le suintement, parfois considérable, qui se produit. Plus il est considérable, plus l'induration disparaît rapidement. J'ai vu, avec le docteur Donat, un cas dans lequel il existait une nodosité épithéliomateuse intra-dermique, du volume d'un gros pois, présentant à son sommet une fine croûtelle ; à peine le traitement commencé, la croûtelle tomba, un suintement se produisit d'une manière continue ; en quelques jours, nous obtenions la disparition complète de la nodosité.

Les effets signalés de tous côtés, mais qu'il est utile de rappeler, sont la disparition des douleurs et de la mauvaise odeur, quand elles existent. Il faut insister sur le premier phénomène, qui s'observe non seulement dans le cancer de la peau, mais aussi dans les cancers profonds, où il a été signalé par tous les auteurs. Ce phénomène si remarquable, si important au point de vue pratique, est un cas particulier de l'action analgésique, qui appartient aux rayons X ; nous ne savons encore le comprendre ni dans son mécanisme, ni dans ses causes premières.

Tout le monde sait que les rayons X agissent sur les tissus sans provoquer de phénomènes douloureux, sauf dans les cas de radiodermite aiguë ; l'absence totale de douleurs au cours du traitement a une grande importance et peut conduire le médecin à préférer la radiothérapie à tous les procédés chirurgicaux et caustiques. Mais à éviter une opération, ce qui est essentiel pour quelques malades, il y a un autre avantage, c'est la perfection des résultats esthétiques.

Pour celui qui étudie le traitement radiologi-

que des cancers cutanés, c'est une chose curieuse que de voir la réparation se faire sous ses propres yeux, en plein traitement. Parmi mes observations, une est très curieuse à ce point de vue. Elle concerne une malade présentant une ulcération épithéliomateuse, située au niveau de l'aile du nez, assez profonde pour admettre l'extrémité du petit doigt. Le traitement commencé, on vit, en même temps qu'un suintement abondant, le fond de l'ulcération s'élever peu à peu ; quand fut atteint le niveau de la peau saine, l'épidermisation se fit sur les bords. La malade, aujourd'hui guérie, présente une très légère dépression cicatricielle, à peine visible. Des faits semblables ont été déjà signalés, en particulier par Williams.

Dans tous les cas, les résultats esthétiques sont admirables : je ne crois pas exagérer en employant ce terme. La perfection des cicatrices consécutives me semble surtout remarquable dans les épithéliomes du nez, avec perte de substance, dont je présente une photographie à l'Académie. Je puis le dire, par aucune méthode, par aucun moyen, on n'obtiendrait un résultat pareil.

De tous les avantages de la radiothérapie, le plus important est le caractère habituellement définitif de la guérison. Cette guérison radicale n'est pas constante, il y a des cas de récidive, mais la plupart dus, je dois le dire, à l'emploi trop prudent, trop réservé de la radiothérapie. Ces cas sont rares d'après les auteurs qui ont étudié la question. Il faut noter ici à quel degré est marquée l'action élective de la radiothérapie sur les tissus épithéliomateux ; toutes les cellules épithéliomateuses sont éliminées ou résorbées; grâce, semble-t-il, à un processus de phagocytose, les foyers histologiques les plus petits sont détruits.

Indications et contre-indications du traitement. — Si, dans tous les cas de cancer de la peau, on pouvait obtenir la guérison, *définitive,* des lésions, en une séance de radiothérapie de cinquante minutes ou une heure, séance indolore, faisant même disparaître les douleurs dues à l'épithéliome quand elles existent, avec un résultat esthétique parfait ; il n'y aurait plus qu'à supprimer des livres et de la pratique tous les procédés anciens. Les choses ne sont pas si simples et parmi ces procédés quelques-uns gardent leurs indications

En premier lieu, que doit-on faire dans les épithéliomes compliqués déjà d'adénopathies ? On ne sait si ces adénopathies sont cancéreuses : dans le doute il faut intervenir au bistouri. On pourrait à la rigueur traiter le foyer initial par la radiothérapie, mais à quoi bon, puisque déjà on doit chloroformer le malade ? Mieux vaut tout enlever dans une seule intervention chirurgicale.

Les contre indications de la radiothérapie. au moins comme méthode exclusive, me paraissent exister dans les épithéliomes initiaux, ceux qui sont très secs, très durs. très riches en substance cornée, quel que soit exactement le type anatomique, types hyperkératosiques, types perlés. A ce sujet je rapporterai un fait qui m'a beaucoup frappé.

Je fus amené à faire quelques séances de radiothérapie à un malade atteint d'épithéliome végétant de la langue. De ces épithéliomes, au nombre de trois, l'un était papillomateux, ne présentant aucun revêtement ; les deux autres, au contraire, étaient couverts d'une carapace cornée épaisse ; il s'agissait d'épithéliomes d'origine leucoplasique. Le traitement par les rayons X fut fait sur tous en même temps: or, en deux ou trois séances de vingt minutes, on vit le premier foyer se vider, le tissu épithélial entrer en désintégration ; à cette période, les autres tumeurs avaient résisté complètement à l'action de la radiothérapie et pendant plusieurs séances résistèrent encore. Le malade fut perdu de vue ; je crois qu'à la longue on aurait pu détruire les tumeurs hyperkératosiques, mais je retiens le fait pour démontrer la difficulté de destruction des lésions qui ont cette structure.

J'ai soigné quelques petits épithéliomes perlés, et la guérison a été longue à obtenir.

Ces contre-indications méritent d'être signalées au point de vue pratique ; notre expérience de la radiothérapie n'est pas encore assez grande pour nous permettre d'affirmer qu'il n'y en a aucune autre ; il faudra d'abord que son étude ait été faite dans toutes les formes, dans toutes les variétés, dans tous les types. Les auteurs américains insistent sur les insuccès de la radiothérapie dans les cancers de la lèvre inférieure ; dans certains cas, la radiothérapie paraît accélérer leur marche. Il existe des cas de guérison radiothérapique de ces cancers, mais dans le doute, et dans l'impuissance où nous sommes d'indiquer exactement les types curables, mieux vaut, semble-t-il, recourir dans tous les cas à l'intervention chirurgicale.

Parmi les formes qui relèvent essentiellement de la radiothérapie. je signalerai celles qui occupent les paupières. Quelque parfaite que soit aujourd'hui la technique chirurgicale dans ces formes, elle amène toujours un rétrécissement de la fente oculaire ; ce rétrécissement pourra souvent être évité par la radiothérapie et, dans les cas même où il se produira, sera inférieur à celui que peut déterminer l'intervention sanglante.

Traitement des épithéliomes par l'ablation ou le curetage, ou la cautérisation, puis la radiothérapie. — En raison de son action élective si remarquable sur les tissus épithéliomateux, la radiothérapie peut être employée comme méthode secondaire de traitement pour détruire ce qui pourrait rester des foyers néoplasiques. L'ablation est presque toujours, quand on la fait largement, suffisante à amener la guérison sans récidive ; cependant, dans certains cas, dans le doute, le chirurgien ne verra aucun inconvénient à la compléter par l'application des rayons X. Au contraire, le curetage, les caustiques chimiques et thermiques peuvent souvent laisser, en faible quantité, des tissus malades, amenant la récidive au bout de quelques mois ; la guérison complète sera presque certaine, si on complète leur action par celle de la radiothérapie. Elle peut être employée à ce titre dans les épithéliomes même dont je parlais tout à l'heure, car dans tout épithéliome cutané il existe ou il peut exister des tissus sensibles aux rayons X, disparaissant, sous leur action.

En résumé, la radiothérapie nous fournit une admirable méthode de traitement du cancer de la peau, méthode dont la technique est presque réglée. dont les indications et les contre-indications sont à peu près déterminées et qui apporte un progrès considérable dans la thérapeutique de cette maladie.

Dr Leredde.

(in *Rev. des maladies cutanées et syphilitiques.*)

PHTISIOLOGIE

Le V. E. M. à Lamotte-Beuvron.

A l'occasion de la visite faite au sanatorium des Pins par le voyage d'Etudes médicales que dirige le professeur Landouzy, nous croyons être utile au public médical en publiant quelques notes sur cet établissement :

Le sanatorium des Pins, fondé en 1900 par le docteur Hervé, le directeur actuel, contint d'abord une douzaine de pensionnaires, puis il fut agrandi et amélioré successivement de façon à recevoir 32 puis 54 malades.

Construit au milieu d'un bois très dense composé d'arbres à feuilles et d'arbres résineux, il se trouve, l'hiver comme l'été, à l'abri de tout vent violent.

Grâce à ce rideau d'arbres et à sa position sur un plateau, les brouillards que l'on trouve en hiver dans toute la France, l'atteignent très rarement, et si l'on ajoute à cela la très petite différence entre le minimum et le maximun thermométrique de chaque jour (l'écart moyen de la dernière année fut seulement de 7,07), on conviendra que c'était bien un emplacement parfait pour y traiter les affections tuberculeuses de la poitrine.

Maintenant, après 4 années d'expérience, avec statistique à l'appui, les craintes formulées au début par certains médecins n'ont plus raison d'être et nous pouvons affirmer que les cas de curabilité sont ici aussi nombreux que dans tout établissement similaire.

Quelques personnes mal renseignées croient encore que la Sologne est un climat mauvais ; grâce à l'assainissement de tous les fonds marécageux et au boisement de toutes les hauteurs sablonneuses, c'est au contraire un pays très salubre, et le relevé départemental de mortalité et de morbidité qui est fourni par le service d'hygiène prouve que les fièvres paludéennes sont disparues et depuis longtemps déjà. Couverte de châteaux, la Sologne est devenue la contrée préférée des Parisiens, qui viennent s'y reposer de leurs fatigues ; elle rappelle beaucoup le pays où est construit, près de Berlin, le célèbre sanatorium de Beelitz, encore ne peut-on pas lui refuser d'être beaucoup mieux abritée.

On a cru autrefois que l'altitude ou le Midi convenaient seuls aux tuberculeux, mais depuis longtemps déjà (en Allemagne d'abord, et en France, à la suite) on a construit avec le plus grand succès des sanatoriums de plaine. Dans le climat banal de la plaine, le malade n'a pas à craindre les accidents toujours possibles de l'altitude et du Midi (accidents trop connus pour que nous insistions) ; il a l'avantage de trouver un milieu sensiblement égal à celui qu'il est destiné à habiter, et quand il est guéri dans ce milieu, il a plus de chances de rester guéri que s'il a séjourné dans un climat spécial (tel est l'argument que Daremberg exprimait un jour devant nous et il a une valeur indiscutable).

L'altitude, quand elle est très grande, a certes l'avantage d'augmenter l'amplitude thoracique, mais nous obtenons ici les mêmes résultats (et nous pouvons agir d'une façon graduée, ce qui est plus sûr) par les exercices de respiration forcée dont le nombre, la durée et l'amplitude sont indiqués par les médecins pour chaque malade en particulier.

Quant à l'hyperglobulie des altitudes, phénomène passager, on ne peut le citer comme un avantage de la montagne depuis que Armand Delille et Mayer en ont donné une explication scientifique (*Journal de physiologie et de path. gén.* mai 1904). Par l'examen du sang extrait par piqûre, du cœur et des gros vaisseaux, conjointement à celui du sang extrait des veines superficielles, ces auteurs ont prouvé que l'hyperglobulie, quand elle existait, était toute périphérique et due à un simple phénomène vaso-moteur.

Le climat de Lamotte-Beuvron est plutôt sédatif, c'est pourquoi on y voit rarement d'hémoptysies ou de poussées congestives, même chez les malades qui y étaient sujets antérieurement ; les neurasthéniques dorment ici après peu de jours.

Le sanatorium des Pins a été installé avec tout le confort désirable et avec un grand souci de l'hygiène. A ce point de vue, l'éclairage par l'électricité, et le chauffage par la vapeur à basse pression ne laissent rien à désirer. Le sol est recouvert de linoleum feutré qui permet le lavage fréquent sans laisser d'humidité et assourdit le bruit des pas. Cinq salles de bains, un salon de coiffure et une salle de douches, sont à la disposition des pensionnaires. Les crachoirs sont passés chaque jour dans un autoclave d'un modèle spécial.

Grâce au lavage par les appareils électriques de la maison Steinmetz, de Cologne, la vaisselle qui séjourne cinq minutes dans l'eau bouillante se trouve désinfectée. Les couverts sont stérilisés dans une étuve à 130°. Le Docteur Hervé, on le voit, n'a hésité devant aucun sacrifice afin de supprimer toute contagion.

Les angles de chaque pièce (même les angles inférieurs) sont arrondis ; les murs sont peints au ripolin ou recouverts de toile salubra, toile lavable de Bâle, toujours dans le même but : assurer une hygiène aussi parfaite que possible.

Les pensionnaires sont sous une surveillance constante pour éviter toute faute dans le traitement ; après la pesée hebdomadaire, ils reçoivent une feuille de régime notant ce qu'ils doivent prendre à chaque repas et une feuille indiquant l'emploi de leur temps pour chaque jour. La sévérité du traitement, qui constitue un facteur indispensable de rapide guérison, n'exclut pas du reste la gaîté chez les pensionnaires et, ce qui surprend le plus les visiteurs, c'est de voir l'entrain qui règne au sanatorium. Ainsi le moral des tuberculeux reste bon (chose de grande importance) et nombreux sont ceux qui quittent l'établissement avec regret.

Parfois même, des malades, après avoir passé quelque temps ici et se croyant assez instruits pour se soigner seuls chez eux écrivent en demandant à rentrer : l'ennui de la cure solitaire, les soins de la famille parfois trop assidus et par cela même fatigants sont ordinairement les motifs qu'ils invoquent.

En résumé, un traitement hygiéno-diététique, fait avec méthode dans un climat de plaine sur un plateau très sain et très abrité avec faibles écarts de température, voilà ce que donne le sanatorium de Lamotte Beuvron. Il est surtout à noter pour les médecins de Paris (le grand foyer de la tuberculose) car, placé à 3 heures à peine de cette ville, il est très accessible pour les parents qui ne veulent pas trop éloigner d'eux leurs enfants et pour les malades auxquels la faiblesse ne permet pas un long voyage.

Statistique du Sanatorium des Pins

(15 mai 1900 — 1er janvier 1904)

I — Admissions au Sanatorium 186

Hommes	Femmes	HOMMES			FEMMES		
		Au-dessous de 20 ans	De 20 à 30 ans	Au-dessus de 30 ans	Au-dessous de 20 ans	De 20 à 30 ans	Au-dessus de 30 ans
121 soit 65 %	65 soit 35 %	25 soit 20,80 %	58 soit 48,33 %	38 soit 30,84 %	14 soit 21,23 %	24 soit 36,98 %	27 soit 41,84 %

II — Etat à l'arrivée

DÉBUT DE LA MALADIE DEPUIS			COMPLICATIONS		
Moins de trois mois	Moins de six mois	Plus d'un an	Laryngites	Entérites	Diverses
34 soit 18,28 %	67 soit 36,02 %	85 soit 46,70 %	11	12	4

LOCALISATION PULMONAIRE					TEMPÉRATURE	
1 seul poumon au 1er degré	2 poumons au 1er degré	1 poumon au 1er degré 1 poumon près du 2e degré	Ramollissement à 1 ou 2 poumons	Cavernes	Fiévreux	Apyrétiques
17 soit 9,13 %	14 soit 7,52 %	42 soit 22,58 %	49 soit 26,34 %	64 soit 34,40 %	121 soit 70 %	65

III — Durée moyenne du séjour : 100 jours

IV — Etat à la sortie

Guérison apparente	Grande amélioration	Légère amélioration	Pas d'amélioration	PARMI LES FIÉVREUX SONT SORTIS			Décès au Sanatorium
				sans fièvre (au-dessous de 37°)	Température abaissée	sans changement	
H. 22, F. 11 — 33	H. 44, F. 18 — 62	H. 22, F. 13 — 35	H. F. 56	61 soit 50,41 %	38 soit 31,40 %	22 soit 18,17 %	5

V — Résultats ultérieurs

A. — 47 décès (dont 5 d'accidents non tuberculeux), ainsi répartis :

Malades renvoyés durant leur mois d'entrée parce que incurables	Malades décédés le premier mois après leur sortie	Décédés dans les trois mois	Décédés dans les six mois	Décédés dans l'année	Décédé après plus d'un an	Décédés ayant à l'entrée un pronostic fatal	Décédés ayant à l'entrée un pronostic douteux
10	15	5	5	4	1	30	11

B. — Nous restons en relation avec les malades qui ont quitté le sanatorium et ils sont priés chaque année de répondre à un questionnaire qui leur est adressé.

Parmi ceux qui ont répondu à ce questionnaire :

N'accusaient aucun incident ni manifestation	Avaient repris partie ou totalité de leurs occupations	Etat assez satisfaisant pour qu'ils n'aient plus à s'occuper de leur santé
27	40	15

Cinquante qui n'ont pas répondu, mais sur lesquels nous avons cependant des renseignements, continuent leur traitement encore inachevé ou ont repris une partie de leurs occupations.

De cette statistique ressortent certains faits qu'il est utile de mettre en relief :

1° D'abord les malades viennent au sanatorium beaucoup trop tard (sur 186 cas traités, 64 déjà étaient caverneux et 31 seulement au 1er degré).

Et pourtant c'est une chose indispensable que de prendre le tuberculeux dès le début. A cette phase de la maladie, quelques mois de traitement suffisent, tandis que si on attend trop, des années sont nécessaires, et souvent même, c'est l'incurabilité. Il faudrait que le sanatorium fût le premier traitement essayé et non pas, comme on le voit souvent, une planche de salut tentée alors qu'on a usé en vain de toutes les panacées. La statistique prouve bien ce fait puisque 85 de nos malades étaient touchés depuis plus d'un an.

2° La durée de 100 jours qui est la moyenne du séjour. est beaucoup trop courte. Certes, il n'est pas absolument indispensable que le malade reste au sanatorium jusqu'à complète guérison : mais, se trouvant transformé après un mois ou deux, il prend parfois trop confiance en ses forces et pense continuer ses progrès en cure libre. Erreur profonde et combien il est pénible pour un médecin de sanatorium de voir ainsi rechuter des malades qui devaient guérir

3° Parmi les 45 décédés de tuberculose, il est juste de retrancher les 10 tuberculeux reçus par surprise et renvoyés peu après leur entrée comme incurables. Le sanatorium ne doit pas être un refuge pour moribonds.

4° La date de fondation du sanatorium des Pins est trop rapprochée pour que nous puissions donner des résultats définitifs. Notons cependant que 33 malades sont sortis en état de guérison apparente et 62 très améliorés, c'est-à-dire sur la voie de la guérison : cela donne le chiffre respectable de 97 (soit 50 °/o).

Sans doute, parmi les améliorés et même parmi les guéris, il y aura des rechutes, mais si ces convalescents ne font pas de fautes, il y a tout lieu de croire que les rechutes seront rares.

Enfin, grâce au questionnaire adressé chaque année aux anciens malades, nous voyons que 82 d'entre eux continuent à se bien porter ; d'autre part, il y en a un certain nombre qui n'ont pas répondu par négligence et qu'indirectement nous savons être en bonne santé.

Ces résultats favorables prouvent que le sanatorium, avec ses trois grands facteurs : le repos absolu, la suraération et la suralimentation (nous ne disons pas surnutrition), est jusqu'à nouvel ordre le meilleur traitement de ce grand mal social qui est la tuberculose.

Dr A. Dubois.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Un type de réponse au referendum sur le tarif ouvrier.

Syndicat médical des Basses Cévennes.

Rapport sur l'établissement d'un tarif ouvrier, pour la loi du 4 avril 1898 sur les accidents du travail, présenté par le Dr Malzac, de Lassalle (Gard).

Le médecin, a-t-on dit souvent, est un homme qui passe sa vie à s'occuper des affaires des autres et néglige le soin de ses intérêts personnels. Cet adage devient de plus en plus vrai de nos jours, où ceux qui cherchent à vivre à nos dépens : mutualités, Cies d'assurances-accidents, etc., etc., ont organisé sur une vaste échelle l'exploitation du médecin. Le gouvernement lui-même est heureux de satisfaire les appétits des électeurs en leur octroyant des faveurs qui ne lui coûtent rien puisqu'elles sortent de notre poche. Aucune de ces collectivités ne peut cependant se passer de nous, mais elles savent profiter, tantôt de l'*invidia medicorum pessima*, tantôt, hélas, des besoins journaliers de chacun, pour arriver à nous rémunérer le moins possible.

Si les médecins veulent bien sortir de leur tour d'ivoire et s'occuper de leurs intérêts propres, il est, à l'heure actuelle, une occasion unique pour eux d'établir des tarifs rémunérateurs auxquels la loi donnera une force considérable.

Ceux d'entre nous auxquels les visites journalières laissent quelques loisirs (environ le cent pour cent), ceux, surtout, qui préfèrent consacrer quelques instants par semaine à l'étude des questions professionnelles que de les employer à se mettre dans la tête les noms des généraux russes et japonais, ont pu suivre dans le *Bulletin de l'Union des Syndicats* et dans le *Concours Médical* un appel important à ce sujet. Je résume ces divers articles pour ceux qui ne les connaissent pas et les prie de se reporter à ces deux journaux.

Grâce au dévouement du groupe médical du Sénat, parmi les modifications à apporter à la loi sur les accidents du travail, une d'entre elles nous intéresse profondément,

A l'art. 4 de la loi de 1898 qui disait : « Si la victime faisait le choix de son médecin, le chef d'entreprise n'était tenu de ses frais que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix, conformément au tarif de l'assistance médicale », MM. Piettre, Pédebidou, Petitjean, au nom des syndicats médicaux, et d'accord avec M Strauss, au nom des syndicats ouvriers, firent, dans la séance du 17 juin dernier , par 146 voix contre 126 sur 272 votants, substituer l'amendement suivant : « conformément aux tarifs ouvriers et aux usages locaux ».

C'était là une victoire pour les médecins qui n'étaient plus obligés de soigner les ouvriers au tarif de l'assistance publique. Un ouvrier gagnant sa journée n'est pas un indigent : à plus forte raison, son patron responsable d'après la loi. Ni l'un ni l'autre ne doivent être assistés par les médecins. Le travail médical, comme tout autre, doit être rémunéré en raison du service rendu, en raison de la situation de fortune de l'obligé, et non comme une *charité publique et forcée*.

Mais la discussion du Sénat ne s'arrêta pas là. Les défenseurs des Cies qui, puissantes et riches, ne manquent pas d'amis, objectèrent que les tarifs ouvriers étaient une chose vague ainsi que les usages locaux. A la fin de la première lecture, le sénateur Gourju déposa les amendements suivants :

Ajouter au projet de la Commission un texte ainsi conçu :

« Art. 3 — Avant l'expiration de la 2e année qui suivra la promulgation de la présente loi, un règlement d'administration publique, rendu sur la proposition du Ministre du Commerce, après avis du Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail et du Conseil supérieur

de l'Assistance publique, déterminera le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques à la charge des chefs d'entreprises.

« Ce tarif, dès qu'il aura été publié régulièrement, sera substitué aux tarifs ouvriers ou usages locaux, prévus à l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, tel qu'il est modifié par la présente loi. »

Et le rapporteur de la loi, heureux de cet amendement, déclarait au cours de la discussion :

« Nous trouvions un inconvénient à l'adoption pure et simple de l'amendement de notre collègue M. Strauss, parce que le tarif proposé par les termes de l'amendement ne nous semblait pas suffisamment précis. Nous demandions des renseignements à tels ou tels médecins, et ils nous en donnaient bien souvent de différents et même de contradictoires.

« Le tarif local, disait l'un, c'est le tarif que j'ai l'habitude d'imposer à ma clientèle ordinaire, à ma clientèle bourgeoise. Le tarif ouvrier, c'est un tarif réduit que je demande seulement aux ouvriers. Mais ce n'est pas un tarif, c'est un usage. C'est bien vague, bien imprécis. Et alors nous nous étions réservés d'essayer de faire compléter, lors de la 2e délibération, le tarif trop vague de l'amendement, lorsque surgit tout à l'heure l'amendement de M. Gourju. il nous donnait satisfaction sur ce point. M. Gourju demande, en effet, que dans les deux ans de la promulgation de la loi, il soit établi par règlement d'administration publique un tarif précis. Gouvernement et Commission, *nous approuverions un tarif quelque avantageux qu'il fût pour le médecin plutôt que ces tarifs vagues, tarif local, tarif ouvrier, qui, en réalité, ne sont pas des tarifs.* »

Entre deux maux il faut choisir le moindre.

S'il doit y avoir un tarif fixe et légal, efforçons-nous de l'obtenir rémunérateur, nous devons montrer qu'un pareil tarif existe déjà et qu'il peut être applicable à toutes les régions.

Dans le no du 5 juillet du *Bulletin de l'Union des Syndicats*, le Dr Noir, secrétaire général, propose à nos confrères du Sénat d'introduire dans la loi l'amendement suivant :

« Le tarif des frais médicaux à la charge du chef d'entreprise est fixé dans chaque département, par le Conseil général, après consultation des Syndicats patronaux et médicaux de ce département, en le basant sur le tarif ouvrier admis par les usages locaux. »

C'est, à mon humble avis, mettre en danger l'établissement d'un tarif unique, pour obtenir un maigre résultat.

Plus qu'au Sénat encore les questions personnelles peuvent surgir au sein des Conseils généraux.

Pour un Conseil favorable aux médecins de son département, combien ne s'en trouvera-t-il pas d'autres indifférents, sinon hostiles. Je ne veux pas dire du mal des Conseils généraux de France et de celui du Gard en particulier, mais des incidents récents nous montrent avec quelle désinvolture les droits les plus sacrés de l'indigent et les intérêts généraux des médecins sont traités au profit des services politiques.

Pourquoi, au contraire, ne pas corriger l'amendement Gourju en mettant : « Après avis du Comité consultatif des accidents du travail (1re partie intéressée), du Conseil supérieur de l'Assistance Publique (tiers arbitre), des membres du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France (2e partie intéressée).

Nos représentants, en défendant les intérêts du Corps médical, apporteraient dans la discussion la preuve que ce tarif ouvrier existe déjà et qu'il est commun à tous, puisque d'ici au 15 septembre nous l'aurons tous adopté. Si nous devons continuer à être exploités par les collectivités, qu'on nous laisse au moins le droit de nous défendre et de choisir le mode d'exploitation.

Mais, objecterez-vous, pourquoi aider à créer un tarif officiel et légal qui nous sera opposé chaque jour. N'est ce pas porter une atteinte à la liberté du médecin ?

Pour répondre à cette question, j'emprunte la parole plus autorisée du docteur Jeanne :

« Il nous faut constater que depuis 1897 se sont « produits ces faits sociaux qui menaçaient l'in- « térêt du médecin et contre lesquels nous avions « prévu l'urgence de nous défendre par des chif- « fres consacrés en vertu de l'usage.

« Ces faits sont, entre autres : l'application gé- « nérale de la loi de l'Assistance médicale gra- « tuite, la poussée donnée au mouvement mu- « tualiste par la loi de 1898, la coalition d'intérêts « décidée à faire supporter au médecin la plus « grosse part des charges imposées aux respon- « sables désignés par la loi de 1898 sur les acci- « dents du travail.

« Contre ce triple assaut, nos Syndicats et So- « ciétés se sont vigoureusement défendus déjà, en « s'armant des données que fournissait notre ta- « rif. Mais ces modifications et adaptations loca- « les qu'elles faisaient subir à ceux-ci, pour des « motifs plus ou moins rationnels, laissaient « prise aux discussions, aux exigences aux va- « riations de la jurisprudence et à tous les aléas « qui en résultent, surtout aux procédés de con- « currence par voie de soumission et de monopo- « les attentatoires à la *liberté du client* et à la *di- « gnité de notre profession.*

« Il en est advenu que les meilleurs esprits des « deux camps en présence réclament, de guerre « lassé, l'entente sur un tarif unifié..... Mais ce « sera surtout le salut du Corps médical ; aveugle « qui ne le voit pas, coupable qui ne veut pas le « voir. »

En écrivant ces lignes, le Dr Jeanne était bon prophète, les événements lui donnent, et lui donneront encore plus raison. Le tarif ouvrier qui naîtra de l'amendement Gourju sera dorénavant la base de nos relations avec les mutualités, avec nos clients eux-mêmes. Plus nous avancerons et plus les assurés aux Compagnies ou aux mutualités seront nombreux, plus notre clientèle payant directement diminuera et voudra être traitée sur le même pied que ceux-ci. On nous demandera, dans une famille d'ouvriers, de petits commerçants, dont nous soignons le chef à un franc, par exemple, comme assuré ou mutualiste, à soigner la famille dans les mêmes prix. Si l'un de nous refuse, un autre plus besoigneux acceptera.

Donc, nous avons un intérêt plus grand encore que pour les accidents seuls, à faire présenter au Sénat et à défendre devant lui un tarif fait par les médecins et leur permettant de remplir leur rôle social sans s'abaisser aux compromissions qu'un estomac vide et la misère au foyer peuvent parfois obliger le plus honnête à commettre.

Ce tarif sera aussi le point sur lequel l'entente arrivera à se faire entre mutualités et méde-

cins. Déjà, au Congrès de la Rochelle. quelques voix mutualistes ont fait entendre des paroles plus douces pour les médecins.

Les mutualistes commencent à comprendre que l'exploitation du médecin est nuisible à la marche de leurs œuvres.

Au contraire, l'entente avec les médecins donnerait un essor plus considérable à ces œuvres et ruinerait moins leur caisse.

Libre choix du médecin par le mutualiste, paiement des honoraires au tarif ouvrier, selon le système préconisé par la thèse récente du Dr Pierre Darin et les articles de Diverneresse : telles sont, croyons-nous les deux points sur lesquels aura lieu cette entente si désirable.

Etude des divers tarifs ouvriers.

Pour établir le tarif officiel pour les accidents du travail, le Sénat et les médecins ont à choisir entre les deux principaux tarifs adoptés dans notre pays ; ce sont: 1° le *Tarif dit Girondin* élaboré par le Syndicat médical de la Gironde, et 2° Le Tarif Jeanne, dit tarif du *Concours Médical.*

Le *tarif Girondin*, qui a les préférences des Compagnies, est un tarif forfaitaire pouvant se résumer en ceci :

Petite chirurgie. — Honoraires dans le cas d'accidents avec soins médicaux et intervention de petite chirurgie :

a) Soins médicaux avec certificats et soins médicaux avec intervention de petite chirurgie, ... 20 francs.

b) Soins médicaux avec intervention de petite chirurgie sans constatation ni certificats .... 10 francs.

Suit une liste d'opérations de petite chirurgie dont les unes nous paraissent trop tarifées, et d'autres au contraire, insuffisamment, pour la somme qui leur est allouée en dehors du prix des certificats. De plus, si le médecin se livre à la même intervention de petite chirurgie, le forfait ne m'a pas paru en être augmenté. Pour la petite chirurgie, ce tarif peut, en cas de mauvaise foi des Compagnies, prêter à contestations et à procès.

Comme grande chirurgie, celle que nous avons le moins à faire dans la pratique courante, puisque le plus souvent nos malades sont dirigés sur les hôpitaux de la région, ce tarif est équivalent au tarif Jeanne, mais n'y parvient que par une moyenne.

Le reproche le plus important que je lui adresserai donc est d'être un tarif forfaitaire. Si l'esprit du législateur, dans l'application de la loi de 1898, tend de plus en plus à établir le forfait dans l'appréciation des conséquences d'un accident, si la jurisprudence établit tous les jours un tarif à peu près uniforme, tant pour un œil, tant pour un membre, au point de vue des soins médicaux, il ne peut en être de même. On ne peut pas. à forfait, les régler aussi rigoureusement. Exemple pris dans le tarif Girondin : Traitement de l'asphyxie.

Comment tarifier cet accident dont les degrés peuvent aller de la simple perte de connaissance à la mort apparente ? Dans les deux cas, devra-t-on rémunérer au même tarif les soins médicaux ? Dans le 1er cas un quart-d'heure suffira au praticien pour rétablir son malade. Dans le second cas, il sera nécessaire d'appliquer pendant des heures des procédés où non seulement la valeur professionnelle du médecin, mais sa vigueur physique, entrent en jeu d'une façon notoire.

La même rémunération est-elle juste dans les deux cas. Serait-elle suffisante à 10 ou même 20 fr. en ne tenant pas compte de la valeur des certificats ? Le tarif forfaitaire, en outre, ne met pas le médecin à l'abri des reproches. S'il ne donne des soins que pour l'argent touché, on lui reprochera d'abandonner le malade. Dans le cas le plus fréquent, celui où le médecin a conscience de son devoir professionnel et donne à son blessé tous les soins nécessaires sans s'inquiéter du résultat pécuniaire, c'est lui qui est la dupe des compagnies et fait la charité à leurs actionnaires qui n'ont pas besoin de cela pour vivre.

Le tarif Jeanne, au contraire. sauvegarde la dignité du médecin, et écarte de lui les suspicions malsaines. Posant en axiome le principe de la rémunération à la visite, il laisse les coudées plus larges au médecin, au malade, au représentant des compagnies.

Pour quelques cas où le tarif forfaitaire Girondin paraît supérieur, combien n'est-il pas d'autres cas, les plus fréquents, où il assure au médecin un salaire en rapport avec son travail ? Visites, opérations de petite ou de grande chirurgie, certificats, y sont tarifés à leur valeur et s'additionnent au lieu de se fondre en une unique pièce de 20 fr. comme dans le tarif Girondin. Celui-ci fixe une indemnité de 0 fr. 50 par kilomètres aller, prix semblable à celui qui est donné à un facteur portant à son aise un télégramme ; dans les régions montagneuses comme la nôtre, le tarif Jeanne prévoit au contraire un minimum de 1 franc et c'est justice.

Un autre avantage du tarif Jeanne, et j'en reviens ici à la première partie de ce travail, c'est qu'il établit une gradation allant de l'ouvrier au millionnaire. Il permettra, devenant officiel pour les ouvriers, de le donner comme base d'appréciation aux tribunaux dans toutes les affaires de règlements d'honoraires.

En outre, plus complet, plus détaillé que le Tarif girondin, il répond mieux aux nécessités de la vie courante et évite aux tribunaux de taxer par assimilation (à un prix toujours inférieur) les opérations qui ne sont pas désignées clairement.

Ces avantages du tarif Jeanne ont été appréciés depuis longtemps. Déjà les tribunaux (voir *Bul. Union synd. méd.*, 5 août 1904), ont maintes fois admis ces proportions. Certains conseils généraux en ont fait la base de leurs tarifs départementaux. D'après le *Concours*, les compagnies elles-mêmes, récemment, l'auraient accepté, comme l'a fait dès le début « La Participation » ; mais, en échange de l'abandon du libre choix du médecin par le malade, principe intangible devant lequel doivent s'incliner toutes les autres questions, même pécuniaires.

Le syndicat médical de Versailles, les 600 syndiqués de la *Fédération du Nord*, pour ne citer que ceux-là, prennent le tarif Jeanne comme le tarif ouvrier en disant : « qu'il convient que tous les syndicats soient d'accord dès aujourd'hui pour déclarer officiellement que ce tarif est leur tarif minimum. Il n'y a pas de tarif au-dessous de celui-là, et. si un médecin croit que son client ne peut pas payer ce tarif, c'est entre le client et le médecin une affaire de charité et de concession. »

Ce sera là aussi la conclusion de mon étude impartiale des deux tarifs.

En conséquence je propose au Syndicat médical des Basses-Cévennes et à tous les médecins non-syndiqués de la région, unis à lui pour cette cause, d'approuver unanimement le choix du Tarif Jeanne, comme tarif ouvrier officiel réclamé par l'amendement Gourju, à la loi du 4 avril 1898.

Lasalle (Gard), le 26 août 1904.

Dr L. MALZAC.

Le stage médical.

Lédignan, ce 12 septembre 1904.

Mon cher Directeur,

Je vous écrivais naguère : « Cette question du stage médical m'obsède, je crois qu'un de ces jours je vais la mettre sur le tapis ». Le P. S. dont vous faites suivre la très intéressante lettre de notre jeune confrère, le Dr Very (No du 10 septembre) me semble une invite à le faire aujourd'hui, j'accepte.

Quelque ennui que l'on ait à se citer, il faut bien que j'en passe par là, puisque depuis que j'ai écrit mon premier article sur la matière, je n'ai pas trouvé de meilleurs arguments que ceux que je faisais valoir à cette époque. Voici ce que j'écrivais, à la date du 1er mars 1900, dans *l'Echo médical des Cévennes* : (voir nos 5, 7, 10, 45, du *Concours*, année 1900).

« ....

«.. Eh bien ! est-il sage, à bien des points de vue, de lancer ainsi un jeune homme sans expérience professionnelle au milieu des difficultés de la pratique, comme on le jetterait à l'eau pour lui apprendre à nager ?

« Non, je ne le pense pas, et un stage de huit mois à un an lui serait, ce me semble, au moins aussi utile qu'il l'est au pharmacien pour préparer une potion, et au jeune avocat pour défendre un citoyen ou... en attaquer un autre.

« Ce stage devrait se faire, non à l'hôpital (1), mais chez un praticien expérimenté et honorablement connu, au choix de l'intéressé, sur une liste dressée, chaque année, par une commission compétente. Accompagnant son maître chez presque tous ses malades, revoyant seul les cas simples et sans gravité, le jeune stagiaire s'initierait vite, sans peine et sans péril — pour lui et pour les autres, — aux difficultés de la pratique, aux exigences du métier. Au bout d'un an, il aurait à peu près appris tout ce qu'on n'apprend pas à l'Ecole, tout ce qui manque au jeune docteur pour faire un praticien habile.

« Mais, j'entends l'objection et n'en méconnais pas la valeur : ce stage va rendre plus onéreuses encore les études, et créer un titre, *docteur-praticien* (2), bien long à obtenir. Il y a là du vrai, mais moins que ce qu'on pourrait croire.

(1) Aux termes des nouveaux règlements (nous sommes en Allemagne) tout médecin frais émoulu de la Faculté doit faire un *stage complémentaire d'une année* dans un hôpital, désigné par l'autorité supérieure ou dans l'un des hôpitaux faisant partie des nouvelles académies. (*Le Journal* du 2 juin 1904, cité par le *Répertoire de médecine et de chirurgie*, No d'août 1904.)

(2) Le jeune homme qui ne voudrait pas exercer la médecine après l'obtention du diplôme serait dispensé du stage et prendrait le titre de docteur-médecin.

« Et d'abord, si la mesure que je propose n'avait d'autre conséquence que d'éloigner quelques jeunes gens d'une carrière où il n'y a déjà plus de vides à remplir (1), il faudrait encore s'en applaudir, et pour ceux qui y viendraient et pour ceux qui n'y viendraient plus. Mais, je ne crois pas que ce stage portât un si grave préjudice au jeune médecin et, par suite, au recrutement de nos facultés. Tout praticien qui prendrait un stagiaire devrait lui assurer le gîte et le couvert, et quelques-uns iraient sans doute, à la petite indemnité pécuniaire. Et ce serait justice, car le jeune confrère apporterait, à la fois, aide et considération. Nul doute, en effet, que le public n'attachât bientôt l'idée d'un mérite réel à l'autorisation de former un jeune praticien.

« Le jeune homme, de son côté, trouverait de sérieux avantages dans cette association temporaire que les circonstances pourraient, parfois, rendre définitive : admis dans la famille du maître-praticien (2) il prendrait-là, tous les jours, de bien utiles « leçons de choses ». En voyant, par exemple, tout ce que possède la maîtresse de maison, et peut-être, tout ce qui lui manque, pour être la digne compagne d'un médecin, il pourrait, un jour, mieux choisir la sienne. C'est ainsi que, peu à peu, il apprendrait, tout à la fois, à entrer dans le monde et à soigner ses clients et sa clientèle. »

Ce que je pensais alors, je le pense aujourd'hui, et je termine cette trop longue lettre par les lignes que j'emprunte à un article que j'ai publié, à la même époque et sur le même sujet, dans la *France Médicale* :

....

..... « Oui, il faudra lutter, mais nous lutterons, nous y sommes bien décidés ; le progrès, comme le royaume des Cieux, est pour ceux qui le ravissent ; sur tous les points obscurs nous ferons de la lumière, et un jour viendra, un jour prochain, je l'espère, où le stage épargnera bien des déboires et des... regrets au jeune docteur et, suivant l'expression de notre distingué confrère, le Dr Bianchon, du *Figaro*, bien des audaces et des timidités aux malades. »

Veuillez agréer, etc., etc.

Dr DUMAS, de Lédignan.

CORRESPONDANCE

La vaccination... à l'œil.

Mon cher confrère,

Pour servir à l'édification des confrères :

Ce matin, allant, par extraordinaire, visiter un de mes anciens clients qui habite le Bourget, je ne fus pas peu étonné d'entendre le garde champêtre de la commune tambouriner l'annonce suivante :

Aujourd'hui à deux heures, à la mairie, séance de vaccination gratuite par Mme Naudin, sage-femme de la localité.

(1) Depuis le jour où j'écrivais ces lignes, nos Facultés ont ajouté près de 5,000 médecins au nombre très respectable qu'il y en avait déjà. Est-ce que cela va continuer ?

(2) C'est le titre que j'avais proposé pour le praticien autorisé à prendre un stagiaire.

Des certificats de vaccine seront distribués gratuitement aux personnes qui en feront la demande.

Ce serait donc maintenant la sage-femme qui serait reconnue apte par le maire à délivrer le dit certificat, ou bien peut-être le secrétaire de mairie.

Or, dans la dite commune du Bourget, le maire est un négociant, mais son premier adjoint est un jeune confrère reçu en 1903.

Il existe en outre un autre médecin exerçant dans la commune depuis plus de 20 ans ; sans compter trois ou quatre autres confrères venant comme moi par extraordinaire, visiter un ancien client.

Est-ce que cela ne fait pas rêver ?

Veuillez agréer, etc.

Dr Beauxis-Lagrave.

Pratique déontologique

Monsieur le Directeur,

La lettre du confrère J. C., dans votre dernier numéro, pourrait donner lieu à un article analogue qui porterait ce titre un peu long : *Des rapports des médecins ruraux avec les Parisiens chics qui viennent villégiaturer à la campagne.* Ceux-là surtout ont tendance à vous faire « le coup du médecin de Paris », dont ils ont sans cesse le nom à la bouche, et auprès duquel vous n'êtes, bien entendu, vous, médecin rural, qu'une quantité absolument négligeable.

A mon avis, il nous faut opposer, à l'état d'âme de ce genre de clients, un état d'âme tout à fait analogue. Le prince de la science vient-il, en express ou en automobile, visiter en dehors de vous, le Parisien malade ? Laissez faire, approuvez même. Consultation avec lui ? Pourquoi faire, si l'on ne vous le demande pas ? Vous auriez l'air de vouloir gonfler votre note et vous ne pouvez d'ailleurs l'exiger, surtout si le prince est ami ou parent de la famille. Laissez paisiblement appliquer son traitement, et si, d'hasard, il est inefficace (ça arrive), laissez à la famille tout le temps de s'en apercevoir.

Quant aux rapports extra-médicaux avec ce genre de clients, les voici en quelques mots : politesse parfaite, mais aucune intimité. Pas de déjeuners, de parties de chasse. Soyez médecin, mais non commensal. Vous y gagnerez en dignité et en indépendance, et vous vous éviterez parfois des désillusions désagréables.

Ne demandez pas à ces malades de vous donner avec libéralité ce qu'ils ne peuvent nous distribuer qu'avec parcimonie : je veux dire la confiance et le tact. Et ainsi vous vivrez heureux.

Dr X.

N. D. L. R. Nous approuvons pleinement la dernière partie de la lettre de notre confrère. Mais l'attitude de *laisser faire* que prône la première partie nous paraît d'une résignation un peu excessive. Il semble d'ailleurs impossible de ne pas protester quand on voit des Maîtres qui, après tout, doivent enseigner la déontologie en même temps que tout le reste tant qu'elle n'aura pas une chaire spéciale, se considérer comme dispensés des obligations qu'elle leur crée. C'est trop faire penser à cette manière des grands : « La religion, le respect de l'autorité, etc., ne sont pas nécessaires pour nous, mais il en faut pour les petites gens. »

REPORTAGE MEDICAL

Ecole de santé de la marine et des colonies à Bordeaux. — Viennent d'être nommés élèves de cette école après concours :

Ligne médicale.— Mauran (Louis-Léon) ; Semprey (Raoul-François-Auguste) ; Escudié (Marcel-Paul-Etienne) ; Penaud (Alfred-Jean-Jacques) ; Baujean (Joseph-Pierre-Raoul) ; Arlo (Jules-Joseph-Antoine-Marius) ; Ployé (Maurice-Désiré) ; Belley (Georges-Hippolyte) ; Pénaud (Emiles-James) ; Curet (Jean-Marie-Louis) ; Trabaud (Jean-Paul-Romain) ; Sauvé (Auguste-Pierre) ; Raisin (Louis-Octave-Antonin) ; Pelissier (Léopold-Henri) ; Guimezanes (Philippe-Vincent-Joseph) ; Frontgous (Jean-Gaston-André) ; Chabé (Alexandre-Alfred) ; Althabégoïty (Albert-Joseph) ; Poupelain (Maurice-Gabriel-Hector) ; Mazières (Jean-Léopold) ; Bernardeau (Max-Marie-Joseph) ; Le Breton-Oliveau (François-Louis-Amédée) ; Rochigneux (Jules-Marie-Joseph-Aubin) ; Vialard (Maurice-Justin) ; Wibratte (Georges-Henri-Marie) ; Ségard (Jean-Amédée-Marie-Charles) ; Dauvergne (Paul-Joseph-Marie) ; Le Boucher (Léon-Joseph-Henri) ; Blandin (Charles-Marie-René) ; Clapier (Pierre-Edouard-Marius) ; Guyomarc'h (Jean) ; Bondil (Fernand) ; Euvrard (Mauri-Victor) ; Gilbert-Desvallons (Eugène-Marie-Jean) ; Bonnefous (Marie-Jules-Edouard) ; Botreau-Roussel (Jules-Marie-Antoine) ; Lajus (Joseph-Marie-Henri) ; Mossé (Sylvain-Bénédict) ; Rivière (Joseph-Marie) ; Heymann (Paul-Charles) ; Bernard (Etienne-Emile) ; Joulin du Sentre (Marie-Maurice-Augustin) ; Dornoy (Georges-Emile) ; Dupuis (Jean-Edouard-Achille) ; Le Borgne (Edouard-Vincent-Joseph-Paul) ; Arné (Louis-Pierre) ; Jouveau-Dubreuil (Hippolyte-Auguste) ; Brun (Louis-Joseph-Hippolyte) ; Bonnel (Jean-Baptiste-Fernand) ; Hullot (Georges-Marie-Albert) ; Allary (Charles-Louis-Joseph) ; Antoine (Etienne-Henri) ; Cristol (Vincent-Théophile) ; Moisan (Alexandre-Gustave) ; Bourgarel (Mgarice-Edmond-Marius) ; Richer-Anger (Marie-Joseph) ; Husnot (Joseph-Pierre-André) ; Delalande (Henri-Laurent).

Ligne pharmaceutique. — Jeanneau (Fernand-Léon-Hippolyte) ; Olivier (René-Louis-Romain) ; Puissan (René-Clair-Pierre-Jean) ; Dizerbo (Auguste-Marie).

Ces élèves devront être rendus à l'école le 20 octobre 1904.

Les élèves démissionnaires seront remplacés de manière à compléter l'effectif au moment de l'ouverture des cours.

Tout élève admis qui renoncerait au bénéfice de son admission devra envoyer au ministère de la marine, dans le plus bref délai possible, sa démission accompagnée, s'il est mineur, du consentement de son père, de sa mère ou de son tuteur.

Les innovations à Châtel-Guyon. — Sortant des habitudes en matière de fêtes thermales, la société des Eaux de Châtel-Guyon s'est offert dernièrement une réception ministérielle dans ses établissements, et ce fut pour les baigneurs jour de liesse, pour les administrateurs jour de félicitations méritées, pour les médecins jour de rubans. Le « Concours médical » en particulier, note que M. le Dr Conchon, l'un de ses membres, fut nommé officier d'Académie, et que le journal officiel dit « *comme président du Syndicat médical* ».

C'est une révolution.

Signalons-en une autre.

La Société des Eaux de Châtel-Guyon, pour répondre au désir que lui en a manifesté de tous côtés le corps médical, a adopté les deux mesures suivantes :

1° La Saison thermale sera prolongée dès cette année et à titre définitif jusqu'au 31 octobre : à partir de l'an prochain, l'ouverture aura lieu à la date du 1er mai.

2° Pendant les mois de mai et d'octobre, les baigneurs jouiront de droit de la faveur du demi-tarif pour toutes les opérations thermales.

Les médecins consultants dont les noms suivent resteront à la disposition de leurs clients jusqu'à la fin de la Saison : Dr Auboeuf, Dr Baraduc, Dr Baitoli, Dr Bayrac, Dr Conchon, Dr Esmonet, Dr Groslier (toute l'année), Dr Macheboeuf (toute l'année).

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 41 8 OCTOBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY,

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Derrière les referendums du tarif ouvrier.

Si l'amour-propre avait voix au chapitre dans les discussions confraternelles qui s'ouvrent, en ce journal, au sujet des questions d'intérêt général professionnel, le mien aurait subi de rudes assauts depuis quinze jours.

En voyant l'immense majorité des Syndicats réclamer le Tarif Jeanne comme le type à suivre pour l'unification du tarif *ouvrier*, j'aurais pu me croire un grand homme et me griser au parfum de l'encens.

En revanche, quand j'ai, personnellement, proposé de rechercher les moyens, par modification de l'indemnité kilométrique, de diminuer les frais médicaux supportés par les habitants de nos campagnes, je me suis attiré, en même temps qu'une douzaine d'approbations très étudiées, une volée de bois vert traduite par une liasse de lettres qui me donnent une piètre idée de la valeur actuelle de ma récente conception. Quelques correspondants, je crois, dans l'ardeur des réfutations, ont (amicalement d'ailleurs) laissé percer des doutes sur l'état de mes cellules cérébrales.

En résumé, je ne serais pas fier, si tout cela, je le répète, était affaire d'amour-propre.

Mais, au fond, je me déclare très satisfait. Et pourquoi ? Parce qu'on me répond, parce qu'on discute, parce que nous recherchons, ici, non pas des compliments, mais des arguments et des indications.

Pour bien faire saisir le sens dans lequel je voulais diriger les réflexions, j'ai pris les formules excessives, j'ai accentué jusqu'à l'exagération la dégression d'un barême. Quand il ne s'agissait que des accidents du travail, prétexte fourni par l'actualité, j'ai poussé mon aperçu jusqu'à l'application à toute la clientèle, jusqu'aux conséquences à prévoir en matière de meilleure répartition des postes médicaux. J'ai piqué au vif les intérêts en présence, fait regimber les indifférences, troublé des quiétudes dangereuses. On a répondu; c'était mon but, je suis content, car je voulais faire parler sur l'indemnité kilométrique du tarif ouvrier.

C'est le procédé du théâtre; il a une fois de plus réussi.

Un dossier de plus se constitue ici : voilà tout ce qui importe. Qu'en sortira-t-il ? Je n'en sais rien. Peut-être la Société du Concours y trouvera-t-elle quelque jour matière à une organisation pratique comme elle en a tant fait naître par ses appels, quand son Conseil de direction avait ensuite patiemment élaboré les mises au point. Peut-être aussi, n'en peut-il rien sortir de ce genre directement, mais, à coup sûr, nous voilà déjà renseignés sur beaucoup des points que nous ignorions, et si on veut bien continuer de le grossir, ce dossier-là, nous y trouverons ample matière à études nouvelles, à services à rendre.

On ne nous documente pas assez.

Croirait-on qu'il ne s'est pas rencontré dans tous les départements un confrère qui nous envoie ce modeste imprimé ayant pour titre : « Organisation du service d'assistance médicale du département de X » ? Et la loi de 1893 s'applique depuis dix ans !

Sait-on que trop de syndicats ne font pas l'honneur de l'envoi de leurs procès-verbaux à leur mère, la Société du Concours médical ?

Il en est de même pour tout.

Comment ne pas comprendre que toutes ces négligences limitent notre bonne volonté ? On nous demande quotidiennement des avis sur des questions locales, sur des tarifs, des règlements préfectoraux, que sais je ? Mais que pouvons-nous répondre quand tout document fait défaut pour appuyer une manière de voir ?

La vie, la raison d'être du *Concours médical*, c'est l'apport à la masse commune de ces faits, de ces idées, de ces documents qui font profiter chacun des ressources accumulées par tous ; c'est la solidarité *agissante*.

Je demande pardon à nos lecteurs d'avoir, pour la pratique de celle-ci, poussé une pointe sur le domaine des intérêts particuliers, et je prie ceux-ci de continuer à parler souvent, dans le langage qui leur plaira, afin de nous permettre de dégager de tous ces avis, ce qui peut être bon ou mauvais à réaliser.

Pour les dossiers du *Concours*, s. v. p !

Dr H. JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Phlébite du membre inférieur consécutive à une entorse du genou.

M. le Dr PAQUET, de Douai, nous communique l'observation suivante :

Le 29 mars 1904, Mme G..., voulant éviter d'être renversée sous une porte massive qui était projetée par le vent, fit un faux pas et tomba à la renverse. Sa jambe gauche, en flexion forcée, fut engagée sous la cuisse. La porte, en se rabattant, occasionna une contusion de la jambe droite. On dut aider la blessée à se relever, et elle ne regagna qu'avec de grandes difficultés sa chambre, distante seulement de quelques mètres.

Je la vis une heure après l'accident. Je constatais à la jambe droite de la douleur et du gonflement, mais sans plaie, ni lésion osseuse ou articulaire.

La région lombo-sacrée était le siège de douleurs assez vives, conséquences directes de la chute. Enfin il existait diverses lésions au membre inférieur gauche. Il y avait de l'entorse tibio-tarsienne, avec prédominance de la douleur au niveau du ligament externe, sans qu'il y ait fracture du péroné ni arrachement malléolaire. L'articulation du genou était douloureuse tout autour de la jointure, avec un maximum à la pression très net, de chaque côté, au niveau de l'interligne articulaire, surtout en dedans. Le pied pouvait très facilement être porté en dehors, la jambe faisant alors avec la cuisse un angle ouvert en dehors, dont le sommet correspondait à l'articulation du genou.

Pourtant il n'existait aucune fracture, et la douleur, lors des mouvements provoqués par l'examen, siégeait uniquement au niveau de l'article. Le genou était assez volumineux ; on ne constatait pas de choc rotulien, mais il existait de chaque côté de la rotule un peu d'empâtement, donnant à la pression, avec une netteté parfaite, la sensation de crépitation neigeuse. Il n'existait, sur toute la surface du membre inférieur gauche, pas *la plus petite solution de continuité du tégument cutané*.

Le membre inférieur gauche fut complètement immobilisé dans la rectitude avec un appareil ouaté compressif. Les symptômes douloureux s'atténuèrent petit à petit, et le 20 avril, vingt-deux jours après l'accident, l'appareil compressif fut enlevé. Le gonflement était presque disparu. L'immobilisation fut continuée, et on commença les massages.

La lésion paraissait en bonne voie de guérison lorsque le 5 mai, c'est-à dire *quinze jours après l'enlevement de l'appareil*, un peu d'empâtement parut à la fois en dedans et en arrière du genou, accompagné d'une douleur d'abord sourde, mais qui devint rapidement très vive, douleur spontanée, et augmentée par la pression ou même le moindre frôlement. Le même jour, parut un peu d'œdème des malléoles. Le lendemain, douleur et tuméfaction remontaient jusqu'au milieu de la cuisse, toute la jambe était œdématiée. Enfin, le troisième jour, un cordon douloureux, un peu irrégulier sur les bords et à la surface, dur, tendu, remonte le long du trajet de la saphène interne jusqu'au pli inguinal. L'œdème a gagné tout le membre inférieur. Il est lisse, blanc, résistant sous le doigt, douloureux ; la peau du membre est chaude, quoique la température axillaire ne dépasse guère la normale (elle est toujours restée au-dessous de 38°).

La douleur est généralisée à tout le membre, depuis le pli inguinal jusqu'à la cheville, le pied étant un peu moins sensible. Elle est continue, mais avec des accès paroxystiques qui arrachent des cris à la malade. Elle ne paraît pas localisée, ni même augmentée le long des branches du nerf crural ou du sciatique. L'impotence du membre est complète.

Malgré des examens très attentifs, il a été impossible de découvrir sur la surface du membre la plus petite plaie, la moindre traînée de lymphangite.

L'immobilité absolue fut ordonnée et pratiquée de nouveau dans un appareil ouaté légèrement compressif. La fièvre continue à faire défaut, la douleur diminue. A la fin du mois de mai, l'œdème était déjà moins intense, moins dur et moins douloureux. Le cordon veineux paraissait déjà moins résistant et moins volumineux.

Le 1er juin, la tuméfaction a presque disparu de la cuisse ; on perçoit encore de l'empâtement de la région de la saphène interne, au tiers inférieur de la cuisse, et de l'œdème de la jambe, moins volumineux, indolore, mais toujours très dur. Vers le 20 juin, toute trace de cordon veineux a disparu. Il persiste du gonflement dur et indolore du genou et de la jambe. Enfin, vers la fin du mois, on commence la mobilisation des jointures.

Le 5 juillet, le genou gauche est encore notablement plus volumineux que le droit, mais il n'y a pas de choc rotulien. Il existe encore un peu de gonflement malléolaire. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont encore presque nuls, mais absolument indolores. Le genou est naturellement dans la position d'extension. La blessée peut spontanément obtenir un angle de 120 à 130° environ, angle dont on peut diminuer beaucoup l'ouverture dans les mouvements provoqués, mais en déterminant une douleur assez vive.

Il n'existe pas de mouvements de latéralité.

Il y a de l'atrophie musculaire très nette du mollet gauche. Il n'y a pas d'atrophie de la cuisse. Comme antécédent personnel, il faut noter qu'elle n'a jamais été malade, qu'elle n'a jamais eu d'autre maladie infectieuse ou contagieuse autre que la rougeole. Le cœur, les poumons, les reins, sont sains. Il faut signaler qu'elle a eu un enfant il y a 7 ans. Douze jours après l'accouchement, il y eut de la phlegmatia alba dolens à droite, qui nécessita, dit-elle, un repos absolu de six semaines. Elle n'a pas eu d'autre accouchement et n'a pas fait de perte. Elle n'a pas d'affection utérine.

Un point est obscur dans cette observation : l'origine de cette phlébite.

Y a-t-il eu une esquille osseuse ?

Y a t-il eu une infection veineuse ?

Y a-t-il eu une lésion secondaire au cours du massage et de la mobilisation ?

Y a-t-il eu, au contraire, excès de mobilisation ?

Autant de questions insolubles.

La prophylaxie antisyphilitique des nourrices.

Dans une récente communication à la Société de Médecine de Lyon, M. le Dr Gailleton a essayé de résoudre le grave problème de la prophylaxie antisyphilitique des nourrices.

Pour cela, il distingue trois groupes de nouveau-nés : les porteurs de lésions spécifiques, les suspects, les bien portants en apparence, et propose de prendre vis-à-vis de chacun de ces groupes les mesures suivantes :

a) Tout enfant porteur de lésions spécifiques doit être allaité par sa mère. En cas d'impossibilité absolue, il sera élevé au biberon. En aucun cas, il ne sera élevé au sein. Mêmes règles applicables aux enfants nés de parents syphilitiques.

b) Seront considérés comme suspects et ne seront confiés à une nourrice qu'après une période d'épreuves de quatre à six semaines, pendant laquelle ils seront nourris par la mère ou artificiellement :

L'enfant né de parents inconnus ;

L'enfant né de parents sur lesquels les renseignements sont incomplets ;

L'enfant qui présente les petits signes de syphilis, lourdeur du placenta, déviation de la courbe d'accroissement, aspect vieillot, etc.

c) Le nouveau-né envoyé en province peu de jours après l'accouchement. Il serait de toute nécessité, pour maintenir cet enfant en observation, de le garder pendant quatre à six semaines pendant lesquelles la mère le nourrirait.

M. Gailleton propose pour atteindre ce but les moyens suivants :

Dans les maternités, les accouchées seront gardées pendant quinze jours. Les femmes mariées et filles-mères qui veulent nourrir leur enfant et qui, pour des motifs particuliers, seraient obligées de partir plus tôt, seront invitées à venir à la consultation de nourrissons annexée à chaque maternité. Des primes spéciales et suffisantes seront affectées à encourager cet allaitement maternel.

Les filles-mères qui ne veulent pas garder leur enfant seront hospitalisées pendant une période supplémentaire de deux à quatre semaines et pendant ce temps donneront le sein à leur enfant.

En cas de refus absolu de l'accouchée de prolonger son séjour pendant cette période, le nouveau-né sera nourri artificiellement.

Il sera créé une annexe, nourricerie ou pouponnière, dans laquelle seront transférés les mères et les nouveau-nés, pendant la période d'observation qui suivra leur sortie de l'hôpital. Comme mesures transitoires et applicables immédiatement, fixer à quinze jours la durée d'hospitalisation des accouchées ; faire visiter le nourrisson tous les dix jours pendant le premier mois qui suit son arrivée chez la nourrice.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le professeur Gaucher.

L'Hérédo-syphilis secondaire.

I

MANIFESTATIONS NERVEUSES DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS SECONDAIRE.

Les manifestations nerveuses, encéphaliques et médullaires de l'hérédo-syphilis secondaire sont connues depuis peu de temps. Parrot les considérait comme exceptionnelles et certains auteurs ont même nié leur existence.

A la vérité, nous devons les considérer, au contraire, comme fréquentes, et si elles ont passé aussi longtemps inaperçues, c'est que, d'une part, elles sont souvent masquées par d'autres lésions viscérales plus accusées et que, d'autre part, il faut les rechercher systématiquement, à l'autopsie surtout, pour les découvrir. On les rencontre plutôt, en effet, chez des mort-nés ou chez des enfants ayant de grosses manifestations viscérales concomitantes.

Cette hérédo-syphilis nerveuse secondaire est à peu près semblable à l'hérédo-syphilis nerveuse tertiaire observée plus tard. Elle peut porter sur l'encéphale et sur la moelle.

Du côté du cerveau, les lésions sont le plus habituellement des trouvailles d'autopsie. Cependant il est un certain nombre d'observations qui ont une histoire clinique et qui, même, ont été suivies de guérison. Il s'agit de troubles nerveux rencontrés chez des nouveau-nés en pleine hérédo syphilis cutanée secondaire.

On a vu le plus souvent, dans ces cas-là, des symptômes ressemblant beaucoup à ceux des méningites tuberculeuses, des convulsions, des paralysies, le tableau classique, en un mot, de la méningite bacillaire. Celle ci étant d'une extrême rareté chez les enfants de moins d'un an, tout phénomène morbide d'ordre méningitique doit, à cet âge, faire penser à la syphilis cérébrale

On connaît quelques rares exemples d'artérite cérébrale dans l'hérédo-syphilis secondaire. Marfan a rapporté l'histoire d'un enfant de 4 mois, hérédo-syphilitique avéré, qui fut atteint d'hémiplégie gauche et qui guérit par le traitement spécifique. Cet enfant était porteur de lésions cutanées non douteuses ; mais supposez que celles-ci aient fait défaut — et vous savez que chez un hérédo-syphilitique toutes les manifestations viscérales et cutanées ne sont jamais au

★

complet — son *hémiplégie* n'en eût pas moins été syphilitique : rien, toutefois, ne serait venu en révéler la nature.

Retenez comme conclusion pratique ceci : chez un nouveau-né, toute paralysie, toute hémiplégie, doit être considérée comme suspecte. Vous devez en pareille circonstance rechercher les autres signes de l'hérédo-syphilis, les antécédents chez les parents, et, si vous ne trouvez aucun indice, n'hésitez pas, dans un cas douteux, à donner le traitement mercuriel. Il ne peut pas faire de mal et fait souvent du bien. Je ne dis pas que la syphilis soit la seule cause de paralysie des nouveau-nés, loin de là ; il suffit néanmoins qu'elle intervienne quelquefois.

Voici une autre observation type, recueillie dans le service de Leloir. Il s'agit de phénomènes convulsifs, d'épilepsie jacksonienne : c'est un enfant de 2 mois atteint d'accès épileptiformes prédominant du côté droit et porteur de lésions papulo-squameuses de la peau. Le diagnostic était facile, étant donné la signature cutanée de la syphilis. Mais supposez — et je vais faire la même remarque que tout à l'heure — supposez, dis-je, que ce petit malade n'ait pas eu de syphilides apparentes, rien ne pouvait mettre sur la voie de la nature des troubles nerveux observés, si ce n'est cette notion importante que toute épilepsie partielle, et je dirai plus, toute convulsion, chez les nouveau-nés, doit être regardée comme suspecte. Il faut penser à leur origine syphilitique et, dans le doute... ne pas s'abstenir.

Il existe dans la littérature médicale d'autres observations semblables. La plupart sont relatives à des crises épileptiformes, à des paralysies, à des diplégies, à des monoplégies. Fréquemment, ces lésions passent inaperçues, les malades succombant rapidement au milieu d'un cortège symptomatique diffus, tenant à la multiplicité des localisations viscérales.

Les exemples qu'il nous est donné de connaître ne sont guère que ceux dans lesquels la survie a été possible, les lésions des centres nerveux ayant alors le temps de se manifester cliniquement.

J'arrive maintenant à l'hérédo-syphilis secondaire de la moelle. Il s'agit souvent, là encore, d'états morbides uniquement constatés à l'autopsie de fœtus mort-nés. Quand les enfants survivent, ce qui est rare, les lésions étant généralement diffuses, à la fois médullaires et encéphaliques, ces dernières prennent habituellement le dessus et leur symptomatologie domine. Il existe néanmoins quelques observations de syphilis médullaire isolée. Qu'a-t-on rencontré alors ? Des symptômes en rapport avec le siège de la lésion. Selon que c'est la moelle cervicale ou la moelle dorso-lombaire qui est atteinte, on aura des quadriplégies ou des paraplégies spasmodiques classiques. Beaucoup d'entre elles ont été améliorées ou même guéries ; il est donc important de savoir soupçonner la nature du mal, en temps opportun.

Je pourrai répéter à propos des manifestations médullaires ce que j'ai dit à propos des troubles encéphaliques. Supposez qu'ils se produisent sans être accompagnés de stigmates cutanés révélateurs de l'hérédo-syphilis, rien ne viendra indiquer leur origine. Il convient donc d'y songer chez tout nouveau-né atteint de paralysie de cet ordre.

A côté des lésions dont je viens de parler, qui sont, en somme, très rarement observées en clinique, il est une variété spéciale, assez remarquable, d'hérédo syphilis secondaire nerveuse décrite par de Péters en 1900 et 1901. Cette forme, caractérisée par une contracture tétanique des avant bras et des poignets, est rencontrée uniquement chez les nourrissons en pleine hérédo-syphilis secondaire. Elle avait été entrevue par divers auteurs qui remarquèrent la fréquence relative de la tétanie chez les hérédo-syphilitiques. Ce n'est pas de la tétanie vraie, mais une contracture tétaniforme. Les avant-bras sont en pronation exagérée et leur attitude a été comparée à celle des nageoires de phoque, le dos de la main tourné du côté interne, la paume du côté externe. Cette affection est exclusivement syphilitique et siège dans la moelle cervicale inférieure. Le point intéressant de son histoire est sa bénignité ; la guérison est rapide une fois le diagnostic établi. Voilà une forme spéciale, inconnue jusqu'à ces temps derniers, de l'hérédo-syphilis secondaire nerveuse. Je me demande s'il n'y en a pas d'autres : c'est une porte que j'entr'ouvre pour des recherches ultérieures.

En résumé, les lésions nerveuses de l'hérédo-syphilis secondaire sont assez communes, elles sont plus fréquentes qu'on ne le pense, mais la plupart ne donnent pas de symptômes, car les enfants succombent aux lésions viscérales connexes. D'autre part, quand les nouveau nés survivent, la symptomatologie est en rapport avec le siège et non avec la nature de la lésion. Rien ne signale, ici, la syphilis. Il faut y penser mais, hors les cas où existent des syphilides cutanées, nous n'en avons pas la preuve.

Dans l'hérédo-syphilis nerveuse tertiaire, précoce ou tardive, la survie est beaucoup plus fréquente, les altérations étant à cette période localisées. Aussi, ses manifestations sont elles plus connues et plus intéressantes. L'hérédo-syphilis secondaire n'en est pas moins importante à connaître.

II

TRAITEMENT DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS SECONDAIRE.

Il nous reste à examiner, enfin, le traitement de l'hérédo-syphilis secondaire.

La première condition du succès, de la survie du petit malade, est l'allaitement maternel. J'ai déjà énoncé cette idée sous une autre forme en disant : pas de nourrice chez les descendants de spécifiques. Quand vous connaissez les antécédents héréditaires, cette mesure est indispensable dans l'intérêt d'autrui ; elle est non moins nécessaire dans l'intérêt du nouveau-né lui-même. Non seulement la mère n'a pas le droit de confier son enfant à une nourrice, qui pourrait être contagionnée, mais elle se trouve dans des conditions particulièrement favorables pour l'élever. En pareil cas, la morale est d'accord avec l'intérêt individuel.

Pourquoi l'allaitement maternel a-t-il une telle supériorité ? Nous n'en savons rien d'une manière précise ; peut-être le lait de la mère contient-il des toxines ; c'est là une pure hypothèse. Il est un fait certain que nous devons constater et connaître : hors de l'allaitement maternel, le petit hérédo syphilitique a peu de chances de vivre.

Je pourrais, à ce propos, émettre l'aphorisme

suivant dont les termes, évidemment exagérés, restent justes quant à leur signification fondamentale : un hérédo-syphilitique nourri au sein par sa mère guérit presque sûrement ; un hérédo-syphilitique nourri au biberon meurt presque toujours.

Outre l'allaitement maternel, qui est une cure hygiénique, le traitement de l'hérédo-syphilis secondaire consistera en l'administration du mercure. Ce médicament est l'unique spécifique de la syphilis, l'iodure n'étant qu'un résolutif applicable aux néoplasies tertiaires. A cette période initiale de la maladie. il s'agit de stériliser la syphilis. et le mercure est seul indiqué. On peut le donner par trois voies : buccale, cutanée et sous-cutanée. L'administration buccale est de beaucoup la voie la plus employée, la plus simple et la plus régulièrement suivie. On prescrira habituellement la liqueur de Van Swieten, qui est une solution de bichlorure d'hydrargyre au millième. Chez les nouveau-nés de quelques jours, la dose journalière sera de deux fois 10 gouttes, soit 20 gouttes ou 1 gramme de liqueur de Van Swieten, ce qui représente un milligramme de sublimé. Au bout de quelques jours vous augmenterez pour arriver à 3 fois dix gouttes, à 4 fois dix gouttes après 15 jours ou 3 semaines, puis à 3 fois quinze gouttes : plus tard, à une demi ou une cuillerée à café selon l'âge.

Tel est le meilleur mode d'administration du mercure au nouveau-né hérédo-syphilitique. On fera prendre le médicament autant que possible dans du lait, dans une cuillerée à soupe de lait de la mère, et à doses fractionnées comme je viens de l'indiquer.

La liqueur de Van Swieten ainsi prescrite peut présenter des inconvénients, causer par exemple des troubles gastro-intestinaux qui obligent à suspendre son usage. Chez les enfants qui ne supportent pas le mercure à l'intérieur, je me résous à employer les frictions. Celles-ci, toutefois, il est bon de le savoir, sont souvent mal faites : il est rare que l'on s'astreigne à frotter doucement pendant un quart d'heure. De plus, la peau des hérédo-syphilitiques est fréquemment malade et elle peut être vivement irritée par le contact de la pommade mercurielle. La grosseur d'un pois d'onguent napolitain est la quantité généralement prescrite.

Le troisième mode d'administration du mercure est l'injection hypodermique dont je n'ai pas à énumérer les avantages. Il ne saurait être évidemment question chez les nouveau-nés des sels insolubles, du calomel ou de l'huile grise. J'utilise, de préférence, entre tous les composés solubles, le benzoate en solution à 1/100, dont voici la formule :

Benzoate d'hydrargyre.....	1 gramme
Chlorure de sodium.......	1 gr. 20
Eau......................	100 grammes

(Le chlorure de sodium est ajouté pour faciliter la solution).

Un centimètre cube renferme un centigramme de benzoate de mercure et une goutte un demi-milligramme, deux gouttes un milligramme. Vous vous rappelez que c'est là la dose normale chez les nouveau-nés ; elle correspond à 20 gouttes de liqueur de Van Swieten. Il est avantageux au début de dédoubler cette solution de façon à injecter des quantités plus palpables. On commencera par 4 gouttes de la préparation précédente dédoublée, on augmentera jusqu'à 6 gouttes (1 milligramme 1/2) et au-delà. Je vous rappelle la nécessité de se servir de benzoate de mercure chimiquement pur.

Mais, voilà l'hérédo-syphilitique guéri de ses accidents, de ses manifestations cutanées et viscérales : allez-vous le laisser sans traitement ? Certainement non, pas plus que vous ne laissez l'adulte qui n'a plus de lésions apparentes. Vous allez le traiter pendant plusieurs années, pendant quatre ans, comme un malade atteint de syphilis acquise.

La première cure mercurielle se prolongera tant que l'enfant a des accidents. Une fois la guérison de ceux-ci obtenue, vous ferez une médication préventive. Je donne du mercure 15 jours par mois pendant 2 ans, sauf une interruption d'un mois complet dans la deuxième année. Je préfère la cure par quinzaine à la cure par mois.

Arrive la troisième année. Chez l'adulte, M. Fournier fait prendre du mercure un mois sur trois : j'aime mieux deux quinzaines sur trois mois. Puis, la quatrième année, deux quinzaines sur six mois. Naturellement, les doses sont augmentées avec l'âge et la tolérance du petit malade.

Ce traitement régulier subit quelquefois des modifications. Il est évident que s'il se produit, au cours d'une période dite de repos, un accident spécifique quelconque, la médication doit immédiatement être reprise.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PHTHISIOTHERAPIE

Des modificateurs de la nutrition générale dans la tuberculose pulmonaire et les affections prétuberculeuses.

La clinique et l'anatomie pathologique ont depuis longtemps démontré que la tuberculose est curable, et le mécanisme de cette curabilité est bien connu aujourd'hui, grâce aux travaux du professeur Grancher.

Dès 1875, ce savant a démontré, en effet, que le tubercule est composé de deux zones, l'une centrale caséeuse, l'autre périphérique embryonnaire ; la guérison de la petite tumeur se produit si l'évolution fibreuse triomphe de l'évolution caséeuse. Suivant Grancher la tuberculose est même « la plus curable de toutes les maladies chroniques ». Mais il va de soi qu'elle guérit d'autant mieux qu'on l'y aide plus puissamment.

Aujourd'hui le traitement de cette affection apparaît comme réparti en deux subdivisions bien distinctes.

La cure physique, thérapeutique, naturelle, qui ne met en œuvre que les moyens physiques. Elle se résume en trois termes : cure d'air, cure de repos, cure d'alimentation. Cette cure hygiénodiététique est très bien réalisée aujourd'hui dans les sanatoria et nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Mais à l'hygiène, qui doit occuper le premier rang, il faut, pour guérir les tuberculeux, adjoindre la cure médicamenteuse.

Dès que la nature parasitaire de la tuberculose fut établie sur des bases solides, on songea immé-

diatement à détruire le bacille de Koch, par des antiseptiques. Le nombre des produits qu'on a essayés est considérable, et pas un seul n'a permis d'atteindre le résultat tant désiré. En présence de ces échecs la plupart des médecins ont abandonné aujourd'hui la médication antiseptique.

La sérothérapie n'a pas donné de meilleurs résultats que l'antisepsie et tout le monde connaît l'échec retentissant de Koch et de ses nombreux imitateurs.

Pour guérir la tuberculose il faut relever la nutrition défaillante.— La tuberculose est, parmi les maladies infectieuses, celle où les conditions de terrain paraissent influer le plus sur la marche et la forme de l'affection. *L'état tuberculeux est, en effet, le résultat d'une déchéance organique.* Il faut donc, dans cette affection, s'efforcer à relever l'état général, à favoriser les moyens de défense de l'organisme prédisposé ou atteint, de manière à créer une immunité naturelle, un terrain impropre à la culture du bacille de Koch. La phtisiothérapie doit donc être avant tout dynamogénique, elle doit viser au relèvement et à la multiplication des moyens de défense phagocytaires de l'organisme. Le nombre des médicaments proposés pour atteindre ce but est très grand, mais, en vérité, bien peu sont intéressants. Dans une série d'expériences comparatives j'ai examiné l'action d'un grand nombre de ces produits et je rapporterai ici des observations de malades traités par une nouvelle médication arsénio-phosphorée organique, l'Histogénol Naline, produit qui, en règle générale, m'a donné les meilleurs résultats.

1re Observation.

Un monsieur..., 32 ans, marié, vient nous trouver au mois de mars 1903. Son père, actuellement vivant, est un ancien tuberculeux dont les lésions ont rétrocédé. Un de ses frères est mort d'une tuberculose pulmonaire à marche subaiguë. Lui-même a contracté la tuberculose, vraisemblablement au mois de janvier.

Lors de notre premier examen, nous constatons l'état suivant :

Respiration soufflante et expiration prolongée au niveau de la fosse sus-épineuse droite, craquements secs en avant, au sommet droit, sur une hauteur de 10 centimètres environ. Rien à gauche.

Expectoration modérée, pas d'hémoptysies. Insomnie, anorexie. Poids 70 kilogrammes environ (taille 1 mètre 73). La température vespérale varie de 37°3 à 38°5.

Ce malade, très neurasthénique, est un découragé. Il fait ses livres de chevet de toutes les publications pseudo-médicales qui lui tombent sous la main. Aussi passe-t-il son temps à s'observer, à analyser chaque symptôme qu'il croit se découvrir. Nous disons « croit se découvrir » car, sans pratique, il interprète les signes à sa façon, prenant une sonorité normale, pour une sonorité tympanique, une sibilance pour un gargouillement de caverne, et ainsi de suite. Aussi se croit-il plus gravement atteint qu'il ne l'est, n'admet pas la possibilité d'une guérison, s'imagine qu'on lui cache son état, et cette disposition morale n'est pas faite pour aider au traitement. Cependant il est obligé de constater l'absence de diarrhée ainsi que la modération des sueurs nocturnes.

L'huile de foie de morue a été absolument intolérée ; le cacodylate de soude, *per os*, a aussitôt causé l'odeur alliacée spéciale ; en injections hypodermiques il a provoqué, dès la 4me séance, les phénomènes de saturation, étourdissements, etc.

Le traitement que nous instituons est le suivant. Tout d'abord, nous nous efforçons de réaliser les conditions du « Home Sanatorium », repos, aération continue, etc. Deux fois par semaine, application de pointes de feu. Alimentation raisonnée (œufs, laitage, macération de viande crue, etc.). Une demi-heure avant chaque repas un cachet de terpine et noix vomique ; contre la fièvre, acétalinilide ou phénacétine. Les sueurs étant très modérées, nous nous abstenons de conseiller l'atropine.

A la fin d'avril, les modifications ne sont guère accentuées. Le poids est sensiblement resté le même ainsi que les températures. L'appétit est irrégulier et insuffisant. Cependant, les signes stéthoscopiques se sont un peu améliorés en avant (diminution d'étendue de la zone de craquements), mais l'état général, vu dans l'ensemble, est loin de nous satisfaire, d'autant que le moral est de plus en plus déprimé.

C'est à ce moment que nous introduisons l'*Histogénol* dans le traitement. Forme émulsion, deux cuillerées à soupe, avant les deux principaux repas.

Au 8e jour.— Le poids est stationnaire. Les sueurs nocturnes n'existent pour ainsi dire plus. C'est la seule modification appréciable.

12e *jour.* — Le poids est en augmentation de 100 grammes.

16e *jour.* — Le poids a augmenté de 250 grammes en 4 jours. L'appétit se réveille et se régularise. Plus du tout de sueurs nocturnes. La zone des craquements se rétrécit de façon sensible, et la température vespérale ne dépasse plus 37°7 depuis 4 jours.

20e *jour.*— Le malade a gagné encore 150 grammes. Température vespérale tombée à 37°3. L'appétit s'accentue et le malade prend avec plaisir des boulettes de viande crue.

Interruption de l'*Histogénol* pendant une semaine pour le reprendre au 27e jour. A ce moment, le sommeil est devenu plus profond et plus calme, le malade se réveille reposé. La zone des craquements s'est encore rétrécie, et n'occupe plus que la surface d'une pièce de 5 francs.

35e *jour.* — L'augmentation totale du poids, depuis le début de l'emploi de l'*Histogénol*, a atteint 900 grammes. Pas de sueurs nocturnes, sommeil calme et reposant. La température ne dépasse plus 37°2 ; il n'y a presque plus d'expectoration, et le malade *a repris courage*. Même, passant d'un extrême à l'autre, il commettrait volontiers des imprudences, si l'on n'y veillait. Le souffle en arrière au sommet droit ne s'est pas modifié.

40e *jour.* — Le poids a augmenté de 1500 grammes. *Appétit vorace.* On n'entend plus du tout de craquement en avant, même en faisant tousser le malade.

A ce moment nous faisons remplacer l'*Histogénol* (forme émulsion) par la forme granulée.

Nous avons continué l'*Histogénol* granulé, par séries de 20 jours, avec intervalles de 8 jours de repos, et en espaçant de plus en plus les séances de pointes de feu ; à la fin de juillet, le malade reprenait peu à peu la vie habituelle, en observant seulement quelques précautions.

Le malade revu en novembre 1903, pesait 74 kilogrammes, vaquait à toutes ses occupations et les signes stéthoscopiques nous permettaient d'affirmer que ses lésions étaient complètement cicatrisées. A l'heure actuelle, c'est-à-dire en mars 1904, nous n'avons pas eu à enregistrer de retour offensif ; il a fait une laryngite catarrhale sur laquelle aucun élément tuberculeux, n'est venu se greffer.

2e Observation.

Un jeune homme..., 18 ans, sans tare héréditaire, nous est amené par sa mère en 1903.

Depuis quelque temps il tousse un peu, maigrit, a perdu toute gaieté, et transpire abondamment la nuit. Nous remarquons sa gêne, son regard fuyant, la dilatation anormale de ses pupilles, de la difficulté à s'exprimer. A l'auscultation, souffle au sommet gauche en arrière ; à la percussion, diminution

sensible de l'élasticité de la paroi thoracique au même niveau.

Le malade, qui a perdu l'appétit normal, a parfois de véritables fringales. Nous interrogeons la mère qui nous dit que son fils est triste, devient insupportable de caractère.

Nous demandons, sous un prétexte quelconque, à avoir une conversation seul à seul avec le jeune homme. Nous obtenons alors de lui cet aveu que, timide, très tenu chez lui, il se livre depuis 8 mois à des manœuvres solitaires qui le délabrent profondément.

Après l'avoir rassuré sur son cas et avoir rassuré la mère, nous demandons que le malade revienne nous voir le surlendemain, seul cette fois. Le sujet étant consentant, nous tentons le traitement psychothérapeutique par rééducation de la volonte. L'état d'hypotaxie étant facilement obtenu, nous suggérons la cessation de l'habitude vicieuse, et nous demandons à avoir la visite du père.

Celui-ci vient le lendemain ; nous lui donnons quelques explications sur le cas du malade, et il s'engage à laisser son fils passer chaque semaine une demi-journée à Paris, avec quelque argent de poche. Trois jours après, seconde séance de suggestion ; nous prescrivons sur le point atteint, quelques badigeonnages de teinture d'iode, et à l'intérieur, l'*Histogénol* liquide, par série de vingt jours, avec repos intercalaires de huit jours à la dose de deux cuillerées à soupe avant le repas. Pas d'autres médicaments.

Nous avons fait encore deux séances de suggestion, toujours à l'état d'hypotaxie, sans sommeil complet ; au bout d'un mois, tout signe stéthoscopique avait disparu, le malade avait repris ses forces, sa gaieté, le calme de ses nuits, un caractère aussi égal que par le passé, il ne transpirait ni ne toussait plus, et avait complètement renoncé à ses habitudes vicieuses.

Nous ne pouvons ici rapporter toutes les observations des sujets que nous avons traités, mais de l'ensemble il ressort nettement que sous l'influence de l'Histogénol l'appétit des malades se relève très vite au point de transformer certains d'entre eux en gros mangeurs. C'est là un fait d'une très grande importance, car on peut dès lors, grâce à ce médicament, faire sans fatigue de la suralimentation. Or, la base de la cure de la tuberculose n'est-elle point, avec une hygiène sévère, la suralimentation sous toutes ses formes. Avec ce retour de l'appétit coïncide une augmentation rapide du poids des malades, qui deviennent dès lors plus forts, plus gais et voient leurs idées noires disparaître.

L'Histogénol a en outre une action indéniable sur la fièvre qu'il abaisse à la façon des antithermiques les plus énergiques. Sous son influence, les sueurs nocturnes disparaissent complètement, la toux devient beaucoup moins fréquente et moins pénible, cesse fréquemment ; l'expectoration devient plus facile, beaucoup moins abondante et surtout beaucoup moins purulente.

Aussi nous estimons posséder, dans l'Histogénol, un précieux agent thérapeutique susceptible de rendre les plus grands services dans le traitement de la tuberculose, des affections prétuberculeuses et de toutes les maladies qui reconnaissent pour cause un ralentissement de la nutrition générale.

Dr R. Pamart,

médecin en chef de l'hôpital de Gonesse, Seine-et-Oise.

OBSERVATIONS CLINIQUES

La coxalgie hystérique et la suggestion religieuse.

Terrasson, 22 septembre 1904.

Mon cher confrère,

J'ai eu dans ma clientèle, en 1892, un cas analogue à celui que rapporte le docteur Canard.

Le sujet était une jeune fille d'environ 16 ans, qui, à la suite d'une chute sur le genou, fut prise des mêmes accidents que la malade de notre confrère. Elle présentait tous les signes d'une coxalgie qui fut confirmée et affirmée par un spécialiste en renom. Cette jeune fille eut de plus une crise nerveuse des plus violentes suivie d'un état de mort apparente assez prolongé.

Le traitement classique fut employé ; il y eut de l'amélioration ; la marche avec des béquilles fut possible et, en fin de compte, *la malade fit un voyage à Lourdes d'où elle revint guérie.*

La crise nerveuse et quelques autres accidents m'avaient donné à réfléchir et mis en garde contre une véritable coxalgie. *La rétraction musculaire céda à la suggestion religieuse.*

J'ai eu beau dire que tout autre cause morale aurait pu amener le même résultat, *le miracle n'en fut pas moins enregistré à l'actif de Lourdes et publié à grand orchestre.*

Depuis, l'état de cette malade est bon, sauf quelques bizarreries de caractère peu appréciables.

Veuillez, mon cher confrère, agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr L. Lombart.

MEDECINE LEGALE

L'œil criminel.

Par G. Cochy de Moncan.

Acuité visuelle. — De toutes les recherches auxquelles a donné lieu la question de l'œil criminel, c'est-à-dire de l'œil chez les criminels, celles qui ont trait à l'acuité visuelle semblent devoir être mises au premier rang.

Bono, en 1883, examine 380 yeux de criminels mineurs et les compare à 222 yeux appartenant à des jeunes gens honnêtes du même âge et vivant à peu près dans les mêmes conditions d'hygiène et de liberté. Il trouve que l'acuité visuelle supérieure à un se retrouve chez 84 p. 100 de ses jeunes criminels, tandis qu'on ne l'observe que chez 70,9 p. 100 des jeunes gens honnêtes. Au-dessus de deux, il n'y a plus que des criminels.

Rappelant la remarquable acuité visuelle des demi-sauvages du Caucase et surtout des habitants de la Terre de Feu. Bono fait de cette particularité observée chez les criminels un phénomène atavique.

Les recherches d'Ottolenghi (1886) semblent établir encore plus nettement la supériorité de l'acuité visuelle des délinquants sur celle des normaux.

Cet auteur a étudié l'acuité visuelle chez 100

criminels avec l'optoscope de Snellen, qui donne environ 1/3 pour l'acuité normale. Il l'a trouvée de 1,8 à 2,2 chez les criminels.

Biliakow a constaté chez 100 meurtriers un tiers au moins d'acuités supérieures et cinq fois plus d'acuités normales que dans les normaux du même âge.

Marro a recherché à l'aide d'un courant électrique la rapidité de la perception lumineuse chez les fous moraux, les matoïdes et les normaux. Or tandis que les minima coïncident assez régulièrement entre les trois séries, il a trouvé au contraire entre les maxima des différences notables.

Chromatopsie. — La perception des couleurs peut donner lieu à des anomalies qui constituent le daltonisme. La signification du daltonisme depuis Schmitz est assez importante ; cet auteur a démontré que 55 p. 100 des daltoniens étaient névropathiques. Les chiffres relatifs à la fréquence du daltonisme à l'état normal sont assez variables. Quelques auteurs admettent le taux de 3 à 4 p. 100 ; d'autres fixent une moyenne beaucoup plus élevée.

Les résultats des investigations chez les criminels sont également très divergents.

Bono, dans une importante statistique de 2.435 examens chez des individus de conditions sociales différentes, a trouvé un pourcentage de 6, 6 p. 100 des cas criminels.

Les criminels seraient donc dyschromatopes dans la proportion de près du double des autres sujets ; comme plusieurs auteurs ont attribué à l'alcoolisme un rôle important dans la production du daltonisme, Bono a soin de faire remarquer que l'alcoolisme ne saurait être invoqué chez les sujets qu'il a examinés, puisqu'ils avaient tous de 14 à 16 ans et que l'empoisonnement par l'alcool n'aurait pas encore eu le temps de se manifester chez eux.

Holmgrien a, sur 321 criminels, trouvé 5, 6 p. 100 et sur 3.200 normaux à peine 2,25 p. 100. Biliakow obtient sur 100 criminels russes 5 p. 100 de daltoniens complets, 28 p. 100 de daltoniens partiels et 4,6 p. 100 seulement chez les Russes normaux.

Ottolenghi, au contraire, sur 460 prisonniers, ne constate qu'un cas de daltonisme complet. Baer a également noté la rareté du daltonisme chez les prisonniers soumis à ses recherches.

Champ visuel. — Il résulte des recherches d'Ottolenghi que :

1° Le champ visuel est remarquablement limité soit chez les épileptiques hors des paroxysmes, soit chez les délinquants-nés, mais plus encore chez ces derniers.

2° Dans cette limitation on voit une distribution spéciale qui est due à une hémiopie partielle inférieure à droite et une hémiopie partielle supérieure à gauche, en correspondance des deux cadrans intérieurs. Il y a une hémiopie partielle, verticale, hétéronyme, qui s'observe dans de rares cas isolés.

3° On observe la sinuosité et l'irrégularité des bords du champ visuel.

Ce champ visuel est commun aux épileptiques et aux délinquants-nés. Pour ce qui est de la cause, dans quelques rares cas où le rétrécissement était plus marqué, l'ophtalmoscope a révélé des lésions de neurorétinite ; mais, pour la plupart des sujets, l'ophtalmoscope n'a rien montré d'anormal, et Ottolenghi met ces manifestations sur le compte « d'imperfection de structure, soit des éléments rétiniques, qui doivent recevoir les impressions lumineuses, ou plus probablement des éléments corticaux qui doivent les percevoir ».

Parisotti aurait rencontré chez des criminels de fréquents scotomes périphériques. Mme Pauline Tarnowsky a étudié le champ visuel chez les criminels russes. Elle a constaté que, chez les femmes homicides, le champ visuel est moins étendu que chez les autres, où il est à peu près le même. Le diamètre horizontal a une longueur de 85 à 83 centimètres chez ces dernières ; il n'est que de 78 centimètres chez les femmes homicides dont le diamètre horizontal interne et le diamètre vertical du champ visuel sont également amoindris.

Lésions externes. — Il importe de faire une première distinction et de considérer, d'une part, les lésions congénitales et, d'autre part, les maladies acquises.

Les premières, en effet, peuvent être regardées dans bien des cas comme des stigmates physiques d'une déchéance d'origine très diverse : syphilitique, alcoolique, névropathique. Telles sont les asymétries de l'orbite sur lesquelles a insisté Lombroso, la saillie de l'angle orbitaire de l'os frontal, la capacité orbitaire plus considérable. Tels sont encore les kystes congénitaux de la queue du sourcil, l'absence ou le coloboma des paupières, l'adhérence des paupières entre elles ou au globe oculaire, l'épicanthus.

Toutes ces anomalies, bien observées chez les épileptiques ou les idiots, ne semblent pas avoir été plus particulièrement signalées chez les criminels, sauf cependant de la fréquence de la saillie de l'angle orbitaire de l'os frontal et de la capacité orbitaire plus considérable, qui a été classée par Lombroso parmi les stigmates de son type de criminel né.

Lésions internes du globe. — Beaucoup sont d'origine congénitale et ont pu de ce fait être considérées comme des stigmates de dégénérescence. Il en est ainsi des irrégularités dans les dimensions ou les courbures de la cornée, des multiples anomalies que peuvent présenter l'iris et la pupille (colobome irien, aniridie, albinisme, hétérochromie, corectopie, etc...). La cataracte congénitale, le coloboma de la rétine, la rétinite pigmentaire entrent encore dans ce groupe.

Pour ce qui est des maladies du globe oculaire, telles que les cataractes acquises, le glaucome, l'iritis, la plupart des choroïdites et des chorio-rétinites, elles nous paraissent avoir bien peu d'importance dans l'étude des stigmates de la criminalité.

Strabisme. — Bien des auteurs ont considéré le strabisme comme étant souvent un symptôme de dégénérescence.

Marie et Bonnet l'ont fréquemment rencontré chez l'idiot et l'imbécile ; Fournier signale son importance comme lésion dystrophique de l'hérédo-syphilis.

Arno, Colombali et Penta, en 1890, signalent la fréquence relative du strabisme chez les criminels. Penta en trouve 5 p. 100. Ottolenghi donne le chiffre de 1,04 p. 100. Laurent à son tour si-

gnale de nombreux cas de strabisme chez les délinquants et considère le strabisme congénital comme un signe de dégénérescence. (*Th. de doct.* Paris, 1903-1904.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le stage médical.

Mon cher Directeur,

Puisque vous pensez que mon article de 1900 avait intéressé vos lecteurs, je reviens sur la question. C'est quand le fer est chaud qu'il faut le battre, dit la Sagesse des nations :

....

Sauf pour quelques privilégiés, internes des hôpitaux ou fils de médecins, et quelques écervelés — rare exception, je veux le croire — les débuts dans la cause médicale sont, pour tout jeune homme sérieux, l'occasion des préoccupations les plus pénibles, capables, parfois, de compromettre pour toujours sa santé et son bonheur : « Non, me disait un jour un jeune, intelligent et honnête confrère, non, je ne me faisais pas une idée des difficultés du début ; en voyant diagnostiquer et opérer mes maîtres, il me semblait simple et facile de faire, un jour, comme eux, et parce que leur responsabilité m'apparaissait à peu près nulle, je ne me doutais pas de quel poids m'écraserait la mienne. Ah ! si j'avais su ce qui m'attendait !

Je souhaite naturellement d'avoir des malades, et dès qu'on me fait appeler, je suis saisi d'une crainte qui me fait perdre tout sang-froid, brouille toutes mes connaissances en pathologie et en thérapeutique. C'est dans cet état d'âme en détresse que j'arrive auprès du malade, et que, neuf fois sur dix, ma main, à mon insu, s'abat sur son pouls et feint d'en compter les pulsations. Allez, s'il me rendait la pareille, je ne sais qui de nous deux aurait le plus de fréquence et d'irrégularité.

.... Et encore, un malade, on s'en tire toujours, ne serait-ce qu'avec un julep gommeux ou un papier Rigollot ; mais s'il s'agit d'un blessé qu'on croit atteint d'une fracture ou d'une luxation, brrr.... un froid glacial me parcourt les vertèbres. « Est-ce le membre inférieur ? » « Oui, M. le docteur, il n'a pas pu marcher, on a dû le porter, et ce qu'il criait, le malheureux ! « Est-ce la jambe ou la cuisse ? » « Nous autres, on n'est pas médecin, on ne peut pas savoir, mais on ne m'enleverait pas de la tête que c'est la hanche qui est déboîtée. »

Le misérable, il vient de m'assommer, je sens mes jambes fléchir, une sueur froide me baigne les tempes.

Et les accouchements ? Certes, ce n'est que trop vrai, « la femme accouche avec douleur », mais le jeune accoucheur, lui, qui n'a pas prêté l'oreille aux conseils du serpent et n'a pas goûté à la pomme, est-il juste qu'il souffre ainsi ?

C'était la nuit, je dormais d'un profond sommeil, pan, pan, panpan ! Brusquement réveillé je cours à la fenêtre : « Monsieur le docteur, venez vite, ma femme peut pas le faire, c'est la sage-femme qui m'envoie, elle dit que ma femme est trop étroite, qu'il faut le tirer avec les fers venez vite, vite ! »

Non, jamais je n'aurai la force ! mes muscles, tout d'un coup ramollis, ne peuvent soulever mes bras, mouvoir mes jambes, et ma tête est d'un vide ! Mon Dieu, mon Dieu, pourquoi me suis-je fait médecin !.... Tant bien que mal, je m'habillai pourtant, et, muni d'un forceps — je ne m'en étais jamais servi — je suivis le mari.

Bientôt nous arrivâmes, oui bientôt, quoique ce fût assez loin, j'aurais tant désiré que le chemin durât toujours. La sage-femme, qui me reçut dans la chambre à côté, n'était ni jeune, ni jolie ; eh bien, mon cher confrère, je crois que je lui fis la cour, tant j'avais besoin de son appui et de ses... conseils. Elle s'aperçut vite de mon effroi ; tout de suite elle s'empara du rôle que j'étais incapable de garder et en eut le langage. :

— Docteur, le cas est grave, très grave, mais j'espère bien qu'à nous deux nous en viendrons à bout. Votre prédécesseur, le regretté docteur X.... que Dieu ait son âme, le cher homme ! me disait souvent : Virginie (c'est mon petit nom et il m'avait vu naître), Virginie, qu'il me disait, vous avez de l'adresse et de l'expérience, c'est grâce à vous, je me plais à le reconnaître, que j'ai pu mener à bien tant d'accouchements laborieux, aussi je ne manque jamais de dire à la famille de vous rétribuer presque autant que moi. Ah ! quel homme, docteur, et quelle perte pour le pays et pour moi-même ; mais, pour en revenir à la parturiente, je dois vous dire que, malgré un travail déjà long et des efforts soutenus, la tête ne s'engage pas, comme disait notre professeur, reste fixée au détroit supérieur. Vite, prenez votre forceps, et allons faire l'opération, sans quoi l'enfant périrait et la mère s'épuiserait, comme dit Baudelocque.

..... C'était une toute jeune primipare : haletante, baignée de sueur, torturée, déchirée par six heures d'efforts, elle cessa, tout d'un coup, de souffrir, tant fut grande sa peur en me voyant entrer. Pauvre femme, elle ne se doutait pas jusqu'à quel point son émotion était partagée.

.... Oui, c'est bien la tête, mais qu'elle est haute, mon index peut à peine l'atteindre ! Quand je vous le disais, s'écria ma docte sage-femme. Et prenant le commandement, elle donne des ordres qui n'admettent pas de réplique, et place la pauvre femme en position obstétricale. J'introduis la main droite et la porte très haut, suivant la recommandation de mes maîtres, et je...... Oui, c'est l'épaule, il n'y a pas à en douter !!

Est-ce vrai que le bien naît, parfois, de l'excès du mal ? J'incline à le croire depuis que j'ai vu le sang-froid naître en moi d'un excès de peur. Ce fut instantané, un courant qui électrisa tout mon être, illumina mon cerveau, éleva mon âme à la hauteur de l'acte que j'allais accomplir. — Non, dis-je à la sage-femme qui me tendait une branche du forceps, de l'air de quelqu'un qui a la haute direction, non, je crois que je pourrai avoir l'enfant sans le secours de l'instrument. Et, en effet, cinq minutes après, je tirais par les jambes une petite fille vivante que je lui remis du geste d'un homme qui en a bien vu d'autres.

Inutile d'ajouter que je repris aussitôt le commandement et fis sentir à cette accoucheuse que tant que j'étais là elle devrait rester « garde-couche. »

Ainsi narrait notre jeune confrère, n'ayant pas l'air de se douter que son histoire était la mienne, et, sans doute, la vôtre aussi, mon cher confrère.

Oui, voilà bien dans quel état d'âme se trouvent les douze cents jeunes gens que la Faculté lâche, tous les ans, dans le monde, encore étudiants le matin et praticiens le soir, sans autre transition que la soutenance d'une thèse ; il me semble que c'est bien peu.

Combien toutes choses auraient vite changé, pour le plus grand bien de tous, médecins et malades, si le jeune docteur était obligé de faire un stage d'un an chez un praticien très autorisé.

J'avais même demandé ailleurs (*Montpellier médical*) que les étudiants fissent leurs deux ans de service militaire comme médecins, et seulement après la soutenance de la thèse. Mais, voilà, il faudrait d'abord guérir nos législateurs de la monomanie de l'égalité, et vous savez si ce serait facile !

Veuillez agréer, etc., etc.

DUMAS (de Lédignan).

DEONTOLOGIE

La déontologie et le rabattage des tuberculeux.

Les organisations officielles de lutte contre la tuberculose ont mis en pratique le pistage dans nos clientèles pour attirer les patients dès le début de la maladie. C'est, paraît-il, l'intérêt général de la santé publique qui exige cela, encore que nulle statistique sérieuse soit venue dire le résultat obtenu depuis les quelques années que cela fonctionne.

L'exemple officiel devait être suivi : c'était fatal, c'est fait.

Un spécialiste parisien, lauréat de la Faculté de médecine s. v. p, envoie des lettres comme celle-ci dessous *aux commerçants de la banlieue*.

Monsieur,

Mon intention, en cherchant des intermédiaires susceptibles de m'indiquer des tuberculeux, est de répandre un nouveau traitement, institué par moi, après de très longues recherches, et capable de rendre la santé à un grand nombre de ces malheureux.

Aucune méthode de traitement n'est supérieure à celle que je préconise, à celle que vous pouvez m'aider à faire connaître et apprécier.

Je conserverai vis-à-vis de vous la discrétion la plus absolue. Aucun des malades que vous m'indiquerez ne saura que c'est vous qui m'avez donné son nom.

C'est après analyse minutieuse des urines et des crachats, que je puis établir une ordonnance. Je compte ces deux analyses 80 fr. et je vous offre 5 fr. par malade qui acceptera et me paiera ce prix.

Envoyez-moi donc quelques noms. Je me mettrai en rapport avec les personnes que vous me désignerez, et vous ferai savoir si elles acceptent ou non mon traitement.

J'espère que nous entrerons en relations suivies, et vous prie, Monsieur, de croire à mes sentiments très distingués.

Comme il est évident que chaque spécialiste a sa petite méthode tout aussi bonne que celle de notre lauréat et des dispensaires, comme tout ce monde-là peut invoquer au même titre le souci de la philanthropie et de la santé publique, m'est avis que le rabattage des uns et des autres peut s'épanouir à son aise pour la chasse aux rubans ou aux pièces de cent sous.

Il nous restera, à nous, avec les malades intelligents, le droit de traiter du haut en bas tout ce braconnage plus ou moins estampillé officiellement.... et d'en rire ou de le signaler au Congrès du charlatanisme. à l'heure de la grande lessive, sous les yeux des journalistes et des magistrats que nous voulons édifier une bonne fois.

CORRESPONDANCE

Le service de la vaccination dans le Cantal.

Monsieur le directeur et cher confrère,

J'ai l'honneur de vous informer que le *Syndicat médical Murat-Saint-Flour* a, dans sa dernière réunion, adopté le *Tarif ouvrier du Dr Jeanne* pour les rapports avec les compagnies d'assurances-*accidents* et les confrères déjà liés par des traités ne les renouvelleront pas à leur expiration.

Je profite de l'occasion pour vous signaler le règlement adopté pour le service de la vaccination dans le département du Cantal ; vous y faites allusion dans le dernier numéro du *Concours* en reproduisant un compte rendu publié par un journal politique, mais qui ne rend pas la véritable physionomie à la séance. La vérité est que la plupart des conseillers généraux du Cantal, voire même *plusieurs confrères*, s'étaient opposés à *toute rétribution* pour la vaccination et avaient refusé dans les deux sessions précédentes *tout vote de fonds*, sous prétexte que la vaccination s'était très bien faite jusqu'à présent. De ce nombre était le Dr *Cazal*, qui, dans cette session, réclamait l'admission de tous les médecins au service : *c'était mon avis* et je l'avais défendu très vivement devant la commission du budget et ce n'est que devant les termes formels de la loi et du règlement d'administration publique laissant au Préfet le *choix des médecins vaccinateurs*, que j'ai dû m'incliner comme rapporteur du projet, accepter ce mode de nomination, mais il appartient au syndicat médical de reprendre la question et je le ferai dans sa prochaine réunion.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments bien dévoués.

Dr Gabriel PESCHAUD,
Président du syndicat médical Murat-St-Flour.

P. S. Je vous adresserai mon rapport sur la vaccination et le règlement dès qu'ils auront été publiés.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

ASSOCIATION AMICALE
Réunion trimestrielle du 29 septembre 1904.

La séance est ouverte à deux heures et demie. Présents : MM. Maurat, président; H. Cézilly, vice-président; Lepage, délégué de l'Association générale ; Mignon, secrétaire général; Gassot, trésorier ; Jeanne, secrétaire des séances.

Sur l'invitation du Président, M. le Dr Mignon, secrétaire général, communique la partie intéressante de la correspondance. Le Conseil en retient,

pour être mis à l'ordre du jour de sa prochaine assemblée générale : 1° la question de l'indemnité pour l'accouchement, devenue intéressante depuis que plusieurs doctoresses ont été admises dans la Société; 2° la nécessité de renforcer le contrôle pour les examens d'admission.

M. Lepage demande que l'Assemblée générale soit aussi appelée à se prononcer sur la proposition qu'il avait soumise à l'Association générale et sur laquelle se continue le referendum des Sociétés locales. Il s'agit, on s'en souvient, de la forme sous laquelle s'organiserait, d'une façon permanente, l'appui pécuniaire que l'Association générale entend donner à ceux de ses membres qui font partie de notre Société.

Il est décidé à l'unanimité que la question sera aussi inscrite à l'ordre du jour.

Le Conseil vote ensuite, pour les malades du trimestre écoulé, les indemnités suivantes :

Nos.		Fr.	
6	3 mois (chronicité)...........	300	»
13	5 jours..........................	50	»
34	60 jours à 10 fr. 600 fr......... 10 jours chr. 33 fr. 30..........	633	30
69	8 jours..........................	80	»
70	60 jours à 10 fr. 600 fr......... 1 mois chr. 100................	700	»
80	3 mois (chronicité)............	300	»
89	A payer cure ther. votée en juin	100	»
96	3 mois..........................	300	»
124	9 jours..........................	90	»
150	3 mois..........................	300	»
173	49 jours (chronicité)...........	163	15
185	26 jours à 10 fr. 260 fr......... 66 jours chr. 219 fr. 80........	479	80
186	39 jours........................	390	»
203	Mort le 3 août................. 1 mois et 3 jours (chr.).......	110	»
222	1 mois et 11 jours (chr).......	136	65
226	32 jours........................	320	»
238	3 mois..........................	300	»
247	9 jours 1/2 B..................	45	»
261	37 jours........................	370	»
286	17 jours + 3 mois (chr.).......	356	60
296	33 jours........................	330	»
298	Cure thermale..................	100	»
343	17 jours........................	170	»
362	4 jours (chr.)..................	13	30
366	37 jours........................	370	»
384	25 jours........................	250	»
386	3 mois..........................	300	»
456	Demande cure thermale...	100	»
488	3 mois..........................	300	»
492	19 jours........................	190	»
501	3 mois..........................	300	»
520	11 jours........................	110	»
552	37 jours........................	370	»
561	A fait sa cure de Vichy.....	100	»
574	3 mois..........................	300	»
656	60 jours à 10 fr. 600 fr......... 2 jours chr. 6.65..............	606	65
695	20 jours........................	200	»
709	45 jours........................	450	»
716	9 jours..........................	90	»
725	14 jours........................	140	»
727	2 jours..........................	20	»
733	60 jours à 10 fr. 600 fr......... 16 jours chr., 53 fr. 30.........	653	30
746	11 jours........................	110	»
775	13 jours........................	130	»
777	9 jours..........................	90	»
783	32 jours........................	320	»
788	28 jours........................	280	»
805	29 jours à 10 fr. 290 fr......... 2 mois et 2 jour chr. 206 fr. 50	496	65
828	22 jours à 10 fr. 220 fr......... 28 jours chr., 93 fr. 25.........	313	25
832	41 jours........................	410	»
839	13 jours........................	130	»
853	60 jours à 10 fr. 600 fr......... 28 jours chr. 66 fr. 60..........	666	60
865	15 jours........................	150	»
869	15 jours........................	160	»
904	Cure ther. (reçu certific.).	100	»
957	60 jours + 2 jours chr.........	606	65
971	17 jours........................	170	»
988	27 jours........................	270	»
1038	22 jours........................	220	»
	Total........	15610	90

Il sera sursis jusqu'après renseignements complémentaires aux demandes d'indemnité formulées par les nos 319, 421, 796, 810, 908, 912 et 1.007.

Le Conseil enregistre avec regret les décès de :

MM.

Renaudin, de Poigny.

Feyat, de Saint-Symphorien-d'Ozon (Isère).

Renon, d'Ainay le-Château.

Après communication par le Trésorier et enregistrement des suspensions et autres sanctions encourues, le Conseil prononce les admissions suivantes :

Admissions.

Combinaison A.

MM.

Deschaseaux (Jean-Alphonse), Scey-sur-Saône (Haute-Saône).

Delpeut (Adolphe), Saint-Chéron (Seine-et-Oise).

Houdart (Joseph), Pontarlier (Doubs).

Grégoire (Junior), Chazelles-sur-Lyon (Loire).

De Lavergne (Maxime), Fesches-le-Châtel (Doubs).

Mikoff (Cyrille), Genouilly (Saône-et-Loire).

Gaultier (René), Langon (Ille-et-Vilaine).

Pambrun (Jean) Bayonne (Basses-Pyrénées).

Gauthier (Ernest), le Breil (Sarthe).

Baraton (Alexandre), Arcis-sur-Aube (Aube).

Julien (Adolphe), Paris.

Deux ajournements sont décidés.

Après fixation de la réunion préparatoire de l'Assemblée générale au 12 octobre, la séance est levée à 4 heures.

Le secrétaire des séances,

Dr Jeanne.

SOU MÉDICAL

Réunion trimestrielle du 29 septembre 1904.

La séance est ouverte à 4 heures sous la présidence du Dr Maurat.

Présents : MM. Jeanne, vice-président ; Gassot, trésorier ; Gassot fils, adjoint au secrétariat ; Bellencontre et Diverneresse, syndics ; H. Cézilly, trésorier adjoint.

Excusés : MM. de Grissac, Butruille, des Chesnays.

M. le Président expose que, vu l'absence de M.

de Grissac, secrétaire, et de Me Gatineau, avocat-conseil, les délibérations relatives aux litiges sont renvoyées à la séance du 20 octobre qui préparera l'Assemblée générale.

Il fait prononcer, sur la présentation du Trésorier, les admissions suivantes :

MEMBRES NOUVEAUX

441 Dr Croll à Paris (5, rue Balagny).
442 Dr Girod à Rumilly (Haute Savoie).
445 Dr Peyré à Paris (210, boulevard Voltaire).
448 Dr Peyreux à Elbeuf (Seine-Inférieure).
449 Dr Nivollet à Saint-Vincent-de-Reins (Rhône).
450 Dr Lœv à Paris (180, boulevard Voltaire).
451 Dr Bertillon à Maisons-Laffitte (Seine-et-Oise).
452 Dr du Fayel de la Tour à Rochefort (Charente-Inférieure).
455 Dr Desroussaux à Croix (Nord).
458 Dr Rosemblot à Bagnolet (Seine).
459 Dr Cauchemez à Paris (54, avenue de Neuilly).
460 Dr Lafage à Neuilly (Seine).
469 Dr Putel à Paris, (152, avenue de Neuilly).
476 Dr Tolmer à Neuilly (Seine).
478 Dr Brunet à Ballancourt (Seine-et-Oise).
480 Dr Saint-Aurens à Paris (14, rue d'Abbeville).
489 Dr Doubrère à la Brède (Gironde).
493 Dr Robin à Argenteuil (Seine-et-Oise).
497 Dr Lefèvre à Fumay (Ardennes).
498 Dr Mourret à Nemours (Seine-et-Marne).
502 Dr Rabbe à Murat (Cantal).
507 Dr Jays à Beaulieu (Alpes-Maritimes).
514 Dr Delocque-Fourcaud à Pau (Basses-Pyrénées).
515 Dr Letort à Laval (Mayenne).

(Les numéros attribués correspondent à des pages vides des registres. En réalité, la Société compte aujourd'hui plus de 900 membres).

M. le Dr Jeanne expose comment, sur la demande de plusieurs membres, il a été conduit à reprendre au journal la question de l'assurance contre la responsabilité civile : tous les confrères qui ont écrit en étant partisans, il a publié leurs lettres et repris aussitôt les pourparlers antérieurs avec une Compagnie d'assurances qui avait offert son concours. Mais il résulte des nouveaux documents dont il donne lecture qu'on ne peut espérer aboutir à conclure par là. pour les membres du «Sou médical», l'arrangement vraiment désirable et opportun, et M. Jeanne demande au Conseil de rechercher si nous ne pourrions pas réaliser le projet par nous-mêmes, sans augmenter si possible la cotisation, au moins de façon appréciable.

Un échange de vues et de propositions s'établit alors parmi les membres du Conseil présents. Il aboutit à l'examen d'une solution qui va être étudiée dans tous ses détails et sera soumise à l'assemblée générale si, d'ici là, rien ne vient démontrer qu'elle soit ou irréalisable ou peu pratique.

Elle fera l'objet d'un rapport dont les conclusions seront basées sur les documents de statistiques à fournir par le Secrétaire général et le Trésorier.

Après examen de petites questions diverses du ressort de la Chronique du «Sou médical», la séance est levée à six heures.

Dr L. GASSOT,
Adjoint au Secrétariat.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Dénigrage du médecin par le pharmacien. — Préjudice causé. — Condamnations — Dommages intérêts et insertions.

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE MEAUX

Audience civile et publique du 29 juillet 1904.

Dr P. contre M. P. pharmacien

Le Tribunal ;

Après avoir entendu les avoués des parties en leurs conclusions et observations, Monsieur le Procureur de la République aussi en ses conclusions; après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en audience publique, en matière ordinaire et en premier ressort :

Attendu que sur une demande formée par le Dr P. contre M. P. tendant à l'allocation, à son profit, d'une somme de dix mille francs à titre de dommages-intérêts pour le préjudice qui lui aurait été occasionné, et en outre à l'insertion du jugement à intervenir dans les journaux de Meaux, et à la suite d'une demande reconventionnelle formulée par M. P. contre le Dr P. tendant aux mêmes fins pour mêmes causes, il est intervenu à la date du vingt deux janvier mil neuf cent quatre, un jugement interlocutoire qui a autorisé les parties à rapporter la preuve des divers faits par elles respectivement articulés ;

En ce qui concerne la demande principale :

Attendu qu'il résulte de l'enquête diligentée par le Dr P. que ce dernier a prouvé les faits dont il avait demandé à rapporter la justification, et ce, sans que la contre-enquête diligentée par M. P. soit venue détruire cette preuve ;

Qu'en effet, M. P., notamment, a dit au quatrième témoin, en mars mil neuf cent deux, à propos d'une opération que son père allait subir, et en faisant allusion au demandeur : « Il va estropier votre père ». Qu'il a dit au même témoin qu'il était malheureux que son frère fût soigné par le Dr P. ;

Qu'il résulte de la déposition du sixième témoin que l'assigné, il y a quatre années environ, lui a dit en parlant de son fils que s'il avait été bien soigné par le Dr P. il ne serait pas retombé malade ;

Attendu que le trois novembre mil neuf cent trois le défendeur a dit au huitième témoin pendant qu'il soldait une facture de médicaments : « Ce n'est pas le Dr P. qui vous guérira » ;

Qu'au neuvième témoin dont le mari était atteint de pleurésie, M. P. a dit en juillet mil neuf cent un que le Dr P. n'en guérissait pas ;

Que dans le courant de novembre dernier, M. P. a déclaré au douzième témoin que ce n'était pas la peine de changer de médecin pour prendre cet imbécile de Dr P ;

Qu'il y a deux ans environ, l'assigné a dit au treizième témoin qui venait dans sa pharmacie pour faire préparer une ordonnance du demandeur : « Votre âne de Dr P. pour un simple rhume de cerveau vous envoie à Paris » :

Qu'au mois de mai mil neuf cent trois, M. P. s'est encore servi vis-à-vis du demandeur, et en parlant au quatorzième témoin, de la même expression que ci-dessus ;

Qu'il y a environ cinq ans, l'assigné a déclaré au seizième témoin, qui lui demandait des médicaments que le Dr P. n'était pas sérieux et était très négligent avec ses malades ;

Qu'il a dit au mois d'août mil neuf cent trois au dix-septième témoin, qui lui demandait de le renseigner sur l'état de santé d'un malade : « Il ne va pas du tout, c'en est encore un que le Dr P. aura sur la conscience » Qu'il résulte même de la déposition ci-dessus que ce propos a été tenu en présence de plusieurs personnes ;

Qu'enfin le dix-neuvième témoin est venu déposer qu'au mois d'octobre mil neuf cent trois, M. P. lui avait déclaré que le demandeur ne connaissait rien à sa profession, qu'il avait fait mourir l'enfant de sa domestique.

Relativement aux réparations demandées :

Attendu que l'ensemble des dépositions et notamment celles qui viennent d'être sommairement rapportées dénotent chez M. P. l'intention bien arrêtée depuis plusieurs années de dénigrer et de discréditer le Dr P. à l'occasion de l'exercice de sa profession et de détourner sa clientèle ;

Qu'en effet, à la plupart des témoins qui ont été entendus, M. P. recommandait le choix d'un autre médecin ; que ses agissements sont d'autant plus répréhensibles et d'autant plus graves que sa qualité de pharmacien donnait aux propos qu'il a tenus une autorité plus grande ;

Que, d'autre part, lesdits propos et insinuations sont passibles d'avoir une force et une conséquence d'autant plus importantes que la médecine n'étant point une science exacte, le Dr P. ne pouvait démontrer péremptoirement que les allégations de M. P. étaient de pures calomnies, et par conséquent se disculper dans la mesure où il lui était possible de le faire, quelque conscience et quelque soin qu'il apportât dans la pratique de son art ;

Attendu qu'il résulte des renseignements recueillis que le Dr P. a subi, à la suite des agissements dont il s'agit, un dommage sérieux : que notamment il a perdu par le fait de M. P. une certaine partie de sa clientèle ;

Qu'ainsi non seulement une réparation pécuniaire doit lui être allouée, réparation que le Tribunal, à la suite des éléments qu'il possède, fixe à la somme de mille francs, mais encore à ce titre une insertion dans deux journaux se publiant à Meaux :

En ce qui concerne la demande reconventionnelle de M. P :

Attendu que si les premier, deuxième, huitième neuvième et onzième témoins de l'enquête diligentée par M. P. sont venus déclarer que le Dr P. portait à Crécy des ordonnances les concernant chez un autre pharmacien que M. P., ils n'ont pas déposé qu'ils avaient dit préalablement au docteur P. quel était leur pharmacien ;

Qu'également s'il résulte de la déposition du treizième témoin de cette enquête que si le demandeur a dit à la mère de ce témoin d'aller faire exécuter son ordonnance à Couilly, il n'en résulte pas non plus qu'un autre pharmacien que celui de cette dernière localité avait été désigné au Dr P. ;

Attendu ensuite que si d'après les dépositions des neuvième et dixième témoin de cette enquête le demandeur a cessé à un moment donné d'emporter de chez ses clients de la campagne ses ordonnances pour les faire préparer, quand la désignation de M. P. comme pharmacien lui était donnée, il ne commettait aucun détournement de clientèle au préjudice de ce dernier, les clients étant toujours à même d'aller eux-mêmes à la pharmacie de M. P. ;

Qu'à n'en pas douter le demandeur ne pouvait se rendre chez M. P. dont il connaissait les agissements à son égard ; qu'il était même excusable qu'il n'y envoyât pas sa domestique ;

Que, d'ailleurs, le fait d'emporter les ordonnances qu'il prescrivait à ses malades pour les faire exécuter était une complaisance de sa part et non une obligation professionnelle ;

Attendu qu'en outre si le cinquième témoin a déposé que dans une visite d'arrivée qu'il avait faite au Dr P. celui-ci avait traité M. P. de canaille et de fripouille, il échet de remarquer que ces propos ont été tenus dans l'intimité, de confrère à confrère, sur le ton de la confidence; qu'ils ne sauraient donc être retenus à l'appui du bien fondé des prétentions de l'assigné ;

Attendu que seul le sixième témoin de la contre-enquête provoquée par le demandeur reconventionnel a déclaré qu'il y a deux ans le Dr P. avait refusé de signer un bon d'un bas à varices pour sa femme, parce qu'il désirait le prendre à la pharmacie de M. P ;

Attendu que l'attitude du Dr P. dans l'espèce, est assurément répréhensible, mais que ce fait isolé ne saurait suffire à lui seul pour faire accueillir la demande reconventionnelle et motiver à l'encontre du Dr P. des dommages-intérêts au profit de M. P.; qu'il y a lieu simplement, ce qu'a fait ci-dessus le Tribunal, de réduire ceux dont devra bénéficier le demandeur.

Par ces motifs ;

Déclare M. P. mal fondé en sa demande reconventionnelle, l'en déboute ;

Le condamne à payer au Dr P. la somme de mille francs à titres de dommages-intérêts pour réparation du préjudice causé ;

Autorise en outre ce dernier à faire insérer le présent jugement dans les journaux la *Seine et-Marne* et le *Publicateur* se publiant à Meaux, et ce, aux frais de M. P.

Et condamne celui-ci en tous les dépens.

Condamnation d'un médecin pour une ordonnance erronée et d'un pharmacien pour l'exécution de cette ordonnance.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE

(11e chambre.)

Audience du jeudi 21 avril 1904

Pour F. de la C..., ingénieur, demeurant à C....

Contre : 1° T..., Charles-Joseph, trente-trois ans, docteur-médecin, demeurant à Paris ;

2° D .., (Henri-René), cinquante ans, pharmacien, demeurant à Paris (déjà condamné, par arrêt de la Cour de Paris, à 50 francs d'amende, pour exercice illégal de la médecine, le 23 juin 1894).

Le Tribunal,

Après en avoir délibéré conformément à la loi.

Attendu que suivant exploit de Deneux, huissier à Paris, du 19 novembre 1903, de la C..., a assigné devant ce Tribunal le Dr T..., et le pharmacien D... sous la prévention de délit de blessures par imprudence, et qu'il demande condamnation solidaire en 25.000 francs à titre de dommages-intérêts ;

Attendu que le demandeur prétend que, le 16 octobre 1903, ayant eu recours au Dr T... pour lui donner des soins, celui-ci lui a prescrit une ordonnance qu'il a fait exécuter chez le pharmacien D..., que par suite de l'absorption d'une pilule, il a été pris le même soir d'accidents tétaniques très graves qui ont altéré sa santé ;

Attendu qu'en exécution d'une ordonnance de référé rendue par M. le Président de ce Tribunal, à la date du 28 nov. 1903, M. le Dr Brouardel a dressé un rapport après examen médical du dit sieur de la C..., qu'il résulte du dit rapport que les prescriptions formulées le 16 octobre 1903 par le Dr T... contenaient une erreur de dose ; qu'au lieu de mettre vingt pilules, le docteur a écrit par inadvertance : « pour une pilule, en faire vingt semblables (p. pilule n° 20) » ; que cette prescription a été exécutée chez le pharmacien, par un de ses élèves, sans que celui-ci ait eu son attention éveillée par l'exagération de la dose d'arséniate de soude et de sulfate de strychnine prescrite ;

En ce qui concerne D...

Attendu que D... prétend qu'il ne peut être recherché au point de vue général, à raison de l'exécution de l'ordonnance du Dr T..., aucune faute, imprudence ou négligence personnelle, ne pouvant être relevée contre lui ;

Mais attendu que D... ne méconnaît pas que l'ordonnance du 19 octobre 1903 a été exécutée dans son officine, par un sieur L..., qui était alors son élève, et n'avait pas encore subi les examens définitifs pour l'obtention du diplôme de pharmacien ; que c'est à lui seul, D..., qu'il incombait de s'assu-

rer que l'ordonnance qu'il avait à exécuter était conforme aux règles de l'art, et qu'il a commis une faute en laissant à son élève le soin de l'exécuter et en n'en surveillant pas lui-même l'exécution, alors que la lecture seule de la dite ordonnance aurait mis sa vigilance en éveil et lui aurait permis de s'apercevoir de l'erreur commise, erreur d'autant plus grave qu'il est à la connaissance des personnes les plus inexpérimentées que la strychnine est un poison des plus violents et devient mortel à la dose prescrite de cinq centigrammes ; que la prudence la plus élémentaire commandait à celui qui avait à exécuter l'ordonnance d'en référer au docteur qui l'avait rédigée ; qu'en laissant exécuter une ordonnance hors sa présence et hors la surveillance d'un pharmacien diplômé, D... a commis personnellement une imprudence des plus graves ; que, dès lors, il doit être déclaré pénalement responsable ;

Sur les conclusions de la partie civile :

Attendu que l'expert constate que, s'il y a eu des symptômes non contestables d'un commencement d'intoxication par la strychnine, ces symptômes ont duré deux heures au maximum, et ont été suivis d'une fatigue musculaire qui a duré huit jours environ; qu'il ajoute que les phénomènes provoqués par le commencement d'intoxication n'ont eu aucune influence sur la maladie dont de la C... était atteint antérieurement : qu'enfin, son séjour dans un climat tempéré est conseillé par ses médecins non à cause du commencement d'intoxication qu'il a subie, mais à cause des lésions qui préexistaient à l'accident du 17 octobre 1903 ;

Attendu, dans ces circonstances et pour tous ces motifs, que le Tribunal a les éléments suffisants pour apprécier le préjudice qui a été causé à de la C... ; que la somme de 25.000 francs par lui réclamée est manifestement exagérée et que le Tribunal estime que l'allocation d'une somme de 500 francs constituera une indemnité équitable et suffisante pour la réparation du dommage que le demandeur a souffert du fait du délit commis par les prévenus ;

Par ces motifs,

Déclare T... et D.. coupables d'avoir, en 1903, dans le département de la Seine, par imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, causé involontairement des blessures au sieur de la C..., délit prévu et puni par l'article 320 du Code pénal ; faisant application de cet article,

Condamne T... à un mois d'emprisonnement 100 francs d'amende ; D... à six jours d'emprisonnement et 100 francs d'amende ;

Dit qu'il sera sursis à l'exécution des peines d'emprisonnement;

Condamne les susnommés solidairement à payer à de la C... la somme de 500 francs à titre de dommages-intérêts ;

Les condamne, en outre, aux dépens.

CHRONIQUE DU SOU MEDICAL

Routine à supprimer

Un confrère membre du « *Sou* », nous envoie la lettre suivante : « *J'écris à toutes les Compagnies « d'assurances que dorénavant je ne puis accepter « un service auprès de leurs assurés qu'à la condition « expresse que l'on* m'appliquera le tarif du *Con- « cours médical*. Est-ce là votre avis ? »

Non ! Cher confrère ; ne traitez à aucune condition avec les compagnies d'assurances. Depuis la promulgation de la loi sur les accidents du travail, le *Concours* et le « *Sou* » répètent chaque semaine : « Méfiez-vous ! — N'ayez avec les Compagnies d'assurances aucun contrat quel qu'il soit. Tant que vous êtes libres d'engagements, vous êtes maîtres de la situation ; du jour où vous aurez traité avec une Compagnie, cette Compagnie vous tiendra en son pouvoir et vous ne manquerez pas de vous en apercevoir le jour où surviendront les difficultés. »

La situation est pourtant bien nette. La loi vous dit : *Le patron est seul responsable.* Ne changez donc pas les responsabilités, et ne permettez pas qu'entre vous et votre débiteur légal intervienne un tiers. C'est compliquer à plaisir les difficultés déjà grandes quand le patron, seul responsable des accidents survenus à ses ouvriers, se trouve en face de vous.

Non ! — Les Compagnies d'assurances, ce n'est pas l'affaire des médecins, c'est l'affaire des patrons. Ce n'est pas l'affaire des ouvriers non plus, c'est uniquement l'affaire des patrons. N'ayez donc avec ces Compagnies d'assurances aucun rapport. Considérez les comme on considère les caissiers des patrons ; elles vous paieront en lieu et place du patron, mais ce n'est pas avec elles qu'il faut traiter. Si vous aviez maille à partir à propos d'honoraires avec un patron, traiteriez-vous avec son caissier ? Ce n'est donc pas avec la Compagnie que vous devez discuter. Dans une affaire ordinaire, vous n'attaqueriez pas le caissier de celui avec qui vous êtes en contestation parce que c'est lui qui, en définitive, vous paiera ce qui vous est dû ? —Non ! n'est-ce pas ? — Aussi, cher confrère, ayez un peu plus de logique, un peu plus d'esprit scientifique, et vous, qui avez l'habitude de remonter des effets aux causes, ne vous laissez pas tromper par les apparences. Si l'on vous jugeait comme médecin sur la façon dont vous gérez vos intérêts, quelle triste opinion aurait on de vous !

Non ! Les Compagnies d'assurances n'existent pas pour le médecin; elles ne doivent pas exister pour lui. Elles sont faites pour le patron. Retenez le bien et surtout mettez-le en pratique. Quand les patrons voudront vous induire en erreur et vous renvoyer à l'assurance, rappelez les à leur devoir. Dites-leur bien : « *L'assurance c'est pour « vous et non pour moi.* — Payez et vous serez « considérés. — Si votre assureur ne remplit pas « ses engagements, ce sont des engagements « qu'il a pris vis-à vis de vous et non vis à-vis de « moi. Agissez contre lui ; car moi, je n'ai aucune « raison d'agir contre votre assureur avec le- « quel je n'ai pris aucun engagement, de même « qu'il n en a pris aucun vis-à-vis de moi. Je n'ai « *aucun lien de droit*, avec lui, comme on dit au « Palais, tandis que vous, c'est autre chose. Si « vous devez avoir des ennuis avec votre assu- « reur ce n'est pas à moi à me substituer à vous « pour endurer, ces ennuis. Arrangez-vous avec « lui comme vous pourrez, vous avez toute « espèce de moyens de le réduire à raison, c'est- « à-dire de l'amener à l'exécution de son contrat. « Moi pas. »

* *

Le même confrère écrit encore : « *Par un article de règlement une Société de secours mutuels « déclare que les opérations de grande chirurgie « restent en dehors des soins dus par la Société à ses « membres adhérents.* Quid *des soins consécutifs « à l'opération elle-même?* Sont-ils à la « *charge « de la Société de secours mutuels, ou à la charge du*

« *blessé?* — Nous répondrons toujours la même chose. Toutes les fois qu'un tiers intervient entre le médecin et son client c'est pour restreindre les obligations de ce dernier vis-à-vis du médecin. Tout à l'heure, la Compagnie d'assurances accidents ne cherchait-elle pas à restreindre les droits du médecin vis-à-vis de son client. La première obligation d'un malade ou d'un blessé qui fait appeler un médecin pour lui donner ses soins, que ce soit pour accident ou pour maladie, c'est de rémunérer ce médecin de ses peines et de ses soins. La Société de secours mutuels en intervenant dit au mutualiste : « Payez une prime fixe de tant par an et je vous couvrirai du risque de maladie, mais sous les conditions suivantes........ La Société de secours mutuels ne se charge pas des frais d intervention chirurgicale..... Le contrat signé par la Société et par l assuré garantit l'exécution de ces conditions.

Si le médecin ne s'est pas laissé prendre aux promesses fallacieuses de la Société de secours mutuels, lorsque le mutualiste blessé ou malade le fera appeler, il lui donnera ses soins, pratiquera les interventions chirurgicales jugées nécessaires, et, le malade guéri, il lui enverra la note de ses honoraires : libre à son client de se faire rembourser en totalité ou en partie par la société dont il est membre.

Mais, si le médecin a accepté les conditions de la Société, il doit en instruire le mutualiste. Si la Société de secours mutuels paie seulement les frais de maladie, le médecin, lui, n'entend pas supporter les frais d'intervention chirurgicale. il doit donc, dès le début, faire prendre des engagements de paiement. Il faut, en effet, que ces frais soient payés, soit par la Société de secours mutuels, soit par le client, ou bien encore, si le blessé est indigent, par le service de l assistance médicale gratuite. De quel droit, en raison de quel privilège, le médecin supporterait-il seul tous ces frais, et serait-il donc toujours la dupe de son bon cœur ?

Humanité, dira-t-on. Fort bien, le médecin, très heureusement pour vous, n'en manque pas. Mais pourquoi jouerait-il toujours le rôle de dupe ? Je ne sache pas que nos œuvres d assistance aux veuves, aux enfants de confrères morts dans la misère, aux infirmes et déshérités de la profession reçoivent des subsides de ceux qui ont tant et toujours reçu du médecin ?! Crions-le bien haut à ceux qui nous ont crié : « Humanité, Philantrophie ». et qui, se contentant de mots, ne nous ont rien donné en échange de ce que nous leur avons prodigué, c'est-à-dire notre *tranquillité, notre santé, notre vie*.

Passez à nos caisses, messieurs les crieurs, *car c'est nous qui avons payé les premiers, ce ne sera qu'un rendu pour un prêté*. Mais hélas, autant en emportera le vent ! Car, les médecins, eux-mêmes, ne le comprennent pas. La *concurrence*, la *crainte, la peur, le soupçon*, les empêchent de voir les choses les plus proches qui les menacent et les écrasent. Mais, confrères, ouvrez donc les yeux, regardez donc un peu plus en dedans de vous-mêmes : *pour vous-mêmes vous êtes le danger*.

* *
*

Le même confrère écrit encore : « *J'avais consenti à être le médecin d'une Compagnie d'assurances* ; par suite de mauvaises affaires, cette Société a été mise en demeure, par le Ministère du Commerce, de cesser ses opérations ; il m'est dû une certaine somme et on reste sourd et muet à mes instantes réclamations... Ne puis-je porter plainte au Ministère du Commerce ?... Une nouvelle société a pris le portefeuille de l'ancienne, elle ne veut pas endosser les dettes, honoraires médicaux dus pour soins donnés à des blessés anciens. Que puis-je faire ? »

Voyons, confrère, est-ce assez clair, assez limpide ! et vous voulez encore entrer en pourparlers avec de nouvelles assurances ? N'êtes-vous pas assez échaudé ? Hélas, il n'y à rien à faire pour vous tirer d'embarras dans ce cas que vous signalez. Un procès serait des plus aléatoires, comme tous les procès de ce genre. Puis, que peut le médecin ? Les conventions d'assurances sont prises entre les patrons et les Compagnies ; le médecin reste toujours en dehors, même si par des clauses de la police la compagnie d'Assurance s'engage à fournir les soins du médecin. Et si l'on traite avec ce dernier c'est pour obtenir de lui un rabais sur les tarifs les plus réduits, c'est pour lui conférer un « *monopole* » qu'on fait miroiter à ses yeux, c'est-à-dire, en somme, pour « *l'exploiter*. »

Terminons donc notre article par ce que nous disons au début : *Méfiez-vous des Compagnies d'assurances. N'ayez avec elles aucun contrat quel qu'il soit*.

Dr L. Gassot.

REPORTAGE MÉDICAL

Les pharmaciens de 2e et 3e classes.— Le grand quotidien qui se préoccupe de fonctionnariser la médecine, de faire contrôler toutes les causes de décès, pour reconnaître et poursuivre les erreurs de diagnostic, etc., nous annonçait aussi, récemment, le rétablissement prochain des pharmaciens de 2e classe. Il tenait cela de la bouche du Ministre et celui-ci ajoutait même qu'il allait faire des pharmaciens de 3e classe, ce qui, avec le doctorat en pharmacie, allait nous donner 4 espèces de potards ! !

La grande nouvelle a été accueillie par un éclat de rire, chez les gens sérieux. Cependant, il n'y a pas de fumée sans feu, et chacun a regardé ce qu'il pouvait y avoir dans le bloc enfariné.

On n'y a fait que des découvertes peu propres ; des intérêts particuliers, et rien de plus, auraient gonflé le ballon d'essai que l'intérêt supérieur de la santé publique remisera, sans pitié pour les Ecoles de province et sans tendresse pour les capitalistes évincés.

La tempérance et le monde socialiste. — Partout dans le parti ouvrier, la lutte antialcoolique prend corps et s'organise de plus en plus, témoin les résolutions prises dans les Congrès les plus récents, en Belgique, Hollande, Hongrie, Italie.

Pour la Belgique, au 19e Congrès socialiste de Bruxelles, M. Vandervelde a rappelé que le précédent Congrès avait décidé que, dans le délai d'un an, il serait interdit aux coopératives du parti ouvrier de débiter de l'alcool. De nouveau la mesure a été adoptée. Dans un an elle sera exécutoire et les coopératives vendant de l'alcool seront exclues du parti.

L'ordre du jour suivant a été voté à une grande majorité : « Le Congrès décide de proscrire absolument la vente de l'alcool dans les sociétés de consommation du parti socialiste ». Vandervelde, Pha-

razyn, de Roesbrock, etc., soutinrent énergiquement le principe absolu de l'abstinence. Vandervelde s'exprima ainsi : « ... la question est de savoir si nous devons permettre à nos sociétés de consommation de causer un dommage à la classe travailleuse. Permettrions-nous à nos compagnonnages de vendre des brochures contre le parti ? Et bien ! est-ce que le chnaps et Cie n'est pas cent fois nuisible ?... »

En Hongrie, à Budapesth, le parti a résolu de diriger une lutte énergique contre l'alcoolisme. De même en Hollande.

En Italie, à Bologne, Vittorio Piva, rédacteur de l'*Avanti*, a fait voter la résolution suivante : « Attendu qu'il est nécessaire de limiter la consommation de l'alcool qui opprime avant tout les travailleurs, l'assemblée encourage la propagande antialcoolique sous toutes ses formes. Elle donne mission à ses représentants au Parlement de proposer toutes mesures propres à rendre vraiment efficace la lutte contre l'alcool. » (*Annales Antialcooliques.*)

Distinctions honorifiques. — Nous adressons nos félicitations aux membres du *Concours* (ou de ses œuvres) dont les noms suivent, qui viennent d'être nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs Bataille (de Rouen) ; Bézy (de Toulouse) ; Devaux (de Limoges) ; Noury (de Caen) et Lamer (de Perpignan).

Le médecin fonctionnaire. — Aux confrères qui avouent un penchant pour la fonctionnarisation de la médecine, nous soumettons ceci :

On lit dans la *Vendée catholique* :

M. le Dr Coignard, médecin chef de l'hospice civil de Cholet, est relevé de ses fonctions par la Commission administrative. Au surplus, voici le texte de la délibération, qui mérite d'être signalé :

« La Commission,

« Considérant que M. le Dr Coignard, médecin chef de l'hôpital, est président de l'Action libérale populaire ;

« Que cette Association combat le gouvernement de la République ;

« Que ses membres, aux dernières élections municipales, ont combattu les candidats républicains ;

« Que cette attitude hostile est de nature à rompre la confiance réciproque qui doit exister entre la Commission administrative et les médecins de l'hospice ;

« Que cette situation ne saurait être tolérable pour ladite Administration ;

« A l'unanimité, décide que M. le Dr Coignard soit invité à opter entre son titre de président de l'Action libérale populaire et ses fonctions de médecin de l'hôpital. »

A une pareille mise en demeure, M. le Dr Coignard, conseiller d'arrondissement, a fait cette réponse :

Messieurs,

« Lorsque vous m'avez fait l'honneur de m'offrir la place de médecin-chef de l'hôpital, vous saviez que depuis 1862 je faisais de la politique militante et que, notamment, aux élections municipales de 1900, j'avais combattu l'alliance républicaine socialiste. Cela ne vous a pas empêchés de me nommer à l'unanimité.

« Je n'opterai donc pas, et fort du témoignage de ma conscience sur le fidèle accomplissement de mon devoir, je reste à mon poste. Mes faits et gestes en dehors de l'hôpital ne regardent pas la Commission administrative et je n'en dois compte à personne. »

Après la réception de cette lettre, la Commission administrative a décidé de relever M. le Dr Coignard de ses fonctions. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Faculté et Hôpitaux.

Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté de Médecine de Paris le jeudi 3 novembre à 9 heures.

Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire, et d'un chef de clinique adjoint.

S'inscrire au secrétariat avant le 23 octobre 1904 de midi à 3 heures.

Travaux de dissection. — Les étudiants de 2me année de dissection seront appelés et placés dans les pavillons de dissection de la Faculté et de l'amphithéâtre des hôpitaux d'après les notes obtenues pendant la 1re année de dissection.

Seront inscrits et convoqués d'office les étudiants ayant pris 4 inscriptions. Les étudiants en cours irrégulier d'étude, n'ayant pas disséqué pendant 2 semestres, ou qui ont pris la 4e inscription dans une faculté de province, devront adresser une demande écrite à M. le Doyen.

Le classement des élèves se fera au petit amphithéâtre de la Faculté à 9 h. du matin, le 28 octobre 1904.

Les étudiants de 1re année seront classés dans les pavillons de dissection d'après leur ordre d'inscription.

Concours d'internat.

L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes des hôpitaux de Paris pour l'année 1904-1905 aura lieu le lundi 19 *décembre* 1904, à midi précis.

Les élèves devront se faire inscrire au secrétariat du personnel de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 h. à 3 heures, depuis le 2 novembre jusqu'au 20 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu de réunion pour la première épreuve.

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration.

La lecture des compositions, ainsi que l'épreuve orale, auront lieu dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, n° 49.

La nomination aux places d'internes vacantes et les prix à décerner aux élèves externes en médecine sont l'objet d'un seul et même concours.

Le prix, l'accessit et les deux mentions du concours des prix de l'externat seront décernés aux quatre premiers élèves admis.

Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter, pour les places d'élèves internes, pendant les huit années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine, non compris les années de présence sous les drapeaux.

Les candidats au concours ne peuvent être inscrits que sur le vu des pièces suivantes :

1° Un certificat constatant leur service en qualité d'externe depuis le 15 mai 1904, au moins, sans interruption.

2° Des certificats délivrés par les médecins, chirurgiens ou accoucheurs, et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externe, depuis le 15 mai 1904, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

3° Un certificat de scolarité délivré par la Faculté de Médecine et constatant la date de la prise de leur première inscription.

Les candidats désirant prendre part au concours devront se présenter au service du personnel de l'Administration pour obtenir leur inscription en déposant leurs pièces. Les candidats empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année **Nº 42** 15 OCTOBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY,

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'accord fait sur les tarifs par les referendums récents.

Il m'est impossible, et je tiens à en exprimer le plus vif regret, de faire place maintenant dans nos colonnes aux nombreuses réponses qui me furent adressées à propos de l'article si discuté : « Tarif dégressif de l'indemnité kilométrique. » paru dans le nº 39 du *Concours médical*.

J'ai déjà dit que je m'inclinais, cela va sans dire, sans aucune réserve, devant l'appréciation d'une majorité hostile au projet, heureux quand même d'avoir, à ce propos, provoqué une moisson d'idées, d'opinions, de renseignements, etc., qui nous seront des plus précieux.

La conséquence immédiate de ces referendums portant sur la question de Tarifs est que, désormais, la Commission de l Union des Syndicats se trouve en présence d'un accord absolu sur les points capitaux qu'on laissait trop dans l'ombre : « indemnité de résidence dans les grandes villes, indemnité de déplacement dans les campagnes. »

Nous avions jadis reçu l'avis quasi officiel d'avoir à préciser ces détails : nous allons être à même de le faire en vertu d'un consensus général et non d'après des impressions vagues.

C'est là un résultat d'une inappréciable valeur.

Mais ce dont nous sommes surtout satisfait et reconnaissant envers nos confrères, c'est qu'ils aient bien voulu prendre la peine de nous adresser des études précieuses sur toutes les questions que ma proposition, d'allure paradoxale, touchait par répercussion fatale et importante.

Nous ferons place dans nos colonnes à ces études consciencieuses, quand les prochaines assemblées générales auront passé.

Mais, sans plus tarder, remercions du zèle dont ils ont fait preuve : MM. les Drs Coronat (Gap), Perrimond (Grasse), Rolland (St Etienne), Despiney (Buis-les-Baronnies), Lasalle (Lormont), Ducroux (Gueugnon), Fayard (Péage-de-Roussillon), Mermillod (Saclas), Cellier (Laval), Bordier (Guéret), J. Armand (Albertville), Bouroullec (Le Faou), Gouvernaire (Montluçon), Pellerin (Neuilly-le-Réal), Osmont (Pont Audemer), Durand (Donzy), Canard (de Pont-de-Veyle), Dupont (Villiers-St-Georges), Chauvenet (Plombières-les-Dijon), L. Dumont (Vaury), Forge (Renaison), Despeignes (Les Echelles), Arnaud (La Rochette), Duchesne (Fontenay-sous-Bois), Rozet (Orléans), Bougue (Escource), Barbin (Montoir-de-Bretagne), Ott (Lillebonne), Delthil (Briare), Subert (Clamecy), Gailhard (Parthenay), Chenal (Cépoy), Beaupère (Salornay-sur-Guye), Lemelletier (Carentan), Lemaître (Gouville), Debacq (Verberie), Galibert (Crest), Haquin (Dinan), Gandaubert (Mont-Sauche), J. Camescasse (St-Arnoult), etc.

Dans cette liste que nos amis voudront bien parcourir comme un accusé de réception, toutes les régions sont déjà représentées. Mais si nous y ajoutons les nombreuses décisions provenant des Bureaux de Syndicats et autres Sociétés médicales (plus de 60 sont déjà parvenues) on reconnaîtra que les résultats de la consultation demandée s'appuieront sur une documentation inattaquable.

Merci à tous nos camarades : ils viennent de prouver que le « Concours » est toujours le « Concours », et que, s'il a vu son autorité aller

sans cesse grandissant, c'est parce qu'il représente les vues générales des praticiens de France.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Vaseline et axonge.

Depuis l'introduction dans la thérapeutique, de la vaseline et des graisses minérales en général, la grande majorité des praticiens a cru devoir adopter l'usage de la vaseline pour toutes les pommades, d'abord à cause de ses propriétés de solubilité et de miscibilité avec un grand nombre de substances médicamenteuses, ensuite, à cause de sa résistance absolue à toute fermentation, à toute acidification,

Les propriétés antifermentescibles de la vaseline sont incontestables ; cependant, cette substance a un inconvénient sérieux : appliquée sur le derme dénudé d'une plaie de vésicatoire ou sur une plaie étendue, comme une brûlure, elle est extrêmement douloureuse. Nous avons vu maintes fois survenir des convulsions chez les enfants et des syncopes chez les adultes à la suite de simples pansements de brûlures ou de vésicatoires avec une pommade de vaseline boriquée. Les dermatologistes eux-mêmes ne sont pas toujours satisfaits du pouvoir de pénétration dermique de la vaseline et ils recourent souvent à une autre graisse d'origine animale, la lanoline ou lainine pour préparer les pommades, parfois, ils l'associent à la vaseline pour augmenter sa fluidité, car la vaseline a l'avantage d'être plus fluide, plus facile à étaler.

En résumé, nous estimons qu'il y a lieu de conserver l'usage de la vaseline pour oindre les cavités, pour lubrifier les instruments et les doigts, pour un grand nombre de pommades à appliquer sur l'épiderme intact, comme l'onguent napolitain à la vaseline, les pommades iodurées, au précipité blanc, etc. Mais, pour le pansement du derme dénudé, pour les brûlures, pour les vésicatoires, c'est une torture inutile que l'on inflige aux malades et c'est même une torture dangereuse chez certains sujets ultra-nerveux. Comme nous possédons aujourd'hui des antiseptiques très puissants qui, par leur incorporation avec la pommade, en empêchent le rancissement. tels le talc, l'iodoforme, le précipité jaune, l'airol, l'iodol, le salol, les peroxydes, il est bien préférable de recourir à l'antique axonge purifiée et stérilisée et de faire préparer les pommades pour plaies, ulcères et brûlures, avec cette excellente graisse dont l'application n'occasionne aucune douleur.

Nouvelle sonde intra-utérine.

M. le Dr J. Gourdet, de Nantes, a fait construire par la maison Mathieu un nouveau modèle de sonde pour irrigations intra-utérines, que nous trouvons très pratique. Cette sonde a les avantages de la double courbure en S de la sonde Pinard et de l'écartement dilatateur de la sonde Doléris. Elle se compose de trois pièces : 1° un seul tube irrigateur, terminé à un bout par un ajutage pour le caoutchouc du laveur, et à l'autre par deux yeux très larges (le terminal du type dit aseptique) et tournés tous les deux vers la convexité de façon à ne jamais être obstrués par la muqueuse utérine. Près de son extrémité manuelle, le tube porte, soudée, une pièce d'articulation pour la seconde branche, et la douille de la vis d'écartement.

2° Cet écartement porte sur une gouttière métallique s'appliquant exactement sur la sonde dans la partie destinée à être introduite dans l'utérus, et au contraire s'en écartant graduellement ensuite jusqu'à l'extrémité manuelle, où elle forme un manche en anneau allongé. Elle

FEUILLETON

Nos clientes.

4e Lettre à un jeune homme qui veut étudier la médecine.

Ah ! qu'il faut que vous soyez jeune, mon jeune ami, pour croire, comme vous le dites dans votre lettre de remerciements, que *cliente* est le féminin de client, et qu'il vous suffira d'ajouter un e muet aux qualités et défauts de celui-ci pour que le portrait que je vous en ai tracé s'applique à celle-là. Rien de moins vrai, je vous assure, et tous les jours grandit mon étonnement de voir l'immense influence qu'a le sexe sur le cerveau. Nul doute que dans les temps primitifs la femme fût simplement la femelle de l'homme, mais la civilisation les a pétris, façonnés si différemment tous les deux, qu'on a de la peine, aujourd'hui, à les croire les deux générateurs de la même espèce. Aussi, plutôt que de vous laisser dans cette grave erreur, ai-je préféré vous écrire encore, ce sera la dernière fois, au moins sur ce sujet.

Je tiens à le déclarer en commençant : « Je ne suis pas de ceux qui disent : « Ce n'est rien, c'est une femme qui se noie » ; je dis que c'est beaucoup, quand c'est une *cliente*.

Perdre un client est toujours chose fâcheuse, surtout pour un débutant, mais perdre une cliente! je plains sincèrement le jeune confrère à qui un pareil malheur arrive ; que de succès il devra remporter pour faire oublier ce revers a tout le camp féminin !

En revanche, heureux, trois fois heureux, le débutant qui guérit sa cliente ; la guérison de dix clients ne lui ferait pas autant de bien : le client guéri ne se souvient plus, trois mois après, s'il a été malade; de sa maladie, de son médecin, il ne parle jamais. La cliente, au contraire, trouve toujours l'occasion de placer, au moins une fois par jour, l'histoire de ses maux, du danger qu'elle a couru, des bons soins que lui donna ce cher docteur X... J'en connais qui, après quarante ans, en parlent encore, et comme elles y ajoutent, chaque fois, quelque détail nouveau, il s'en suit, que la maladie qu'elles eurent

se réunit à la première pièce par une articulation et une vis démontables.

3° Cette dernière peut entièrement se dévisser pour le démontage, et deux ailettes rendent sa manœuvre très commode et permettent, en même temps, de compter les demi-tours pour arriver à produire dans l'utérus l'écartement qu'avant l'introduction, on aura expérimentalement reconnu être produit par un nombre donné de demi-tours. Cet instrument présente les avantages suivants : le tube, étant unique, peut être très facilement nettoyé par un courant d'eau ou le passage d'un écouvillon, le dernier œil étant du type dit aseptique.

N'ayant qu'un seul canal, celui-ci est plus gros et par suite a un plus grand débit, à diamètre total égal, que les modèles à deux tubes. L'instrument se fait en trois grosseurs, la plus petite sonde étant pour la gynécologie, les autres pour l'obstétrique. La courbure permet une introduction très facile dans l'utérus du post-partum, sans risquer d'accrocher dans le col, ni de trop déprimer le périnée recousu, comme le font les sondes presque droites.

La dilatation, se faisant dans le sens antéro-postérieur, rend le retour du liquide bien plus facile qu'avec les modèles à dilatation transversale.

Diagnostic précoce des tumeurs blanches par les rayons X.

M. le Dr M. Bilhaut a exposé récemment au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, à Angers, ses recherches sur le diagnostic précoce des tumeurs blanches par les rayons X.

« Ce diagnostic est habituellement difficile à préciser. C'est seulement quand la contracture musculaire a produit l'attitude vicieuse que le diagnostic devient certain.

« Or il est de la plus grande importance de ne pas attendre l'apparition de la déviation si l'on veut obtenir une guérison à la suite de laquelle les conditions physiologiques normales se retrouveront dans l'articulation frappée.

« Il est de toute évidence que le traitement sera d'autant plus utile que le mal aura été combattu de bonne heure et par de bons moyens.

« Or, puisque, dans tous les faits anciens d'ostéo-arthrite bacillaire chronique, on constate une diminution de la substance calcaire, cela devait porter naturellement les chirurgiens à demander aux rayons X des renseignements spéciaux. Pour mon compte, j'ai toujours trouvé, dès les phases du début des affections auxquelles je fais allusion, une différence marquée entre l'image donnée à l'écran fluorescent ou à la radiographie du squelette du membre sain et de celui du membre malade.

« La décalcification précède peut-être l'invasion tuberculeuse; ceci reste à vérifier ; en tout cas, elles sont au moins concomitantes.

« De sorte que, chez tout malade suspect de tuberculose osseuse articulaire, j'estime qu'il est du plus haut intérêt, et surtout extrêmement utile, de procéder à l'examen aux rayons X, pour fixer immédiatement et exactement le diagnostic et établir sans hésitation, sans retard, le traitement dans toute sa rigueur. »

Conduite à tenir en cas de menace d'avortement.

Voici quelle est, d'après M. le Dr Delestre, la conduite à tenir auprès d'une femme enceinte, qui présente une hémorragie et des contractions utérines douloureuses. (*Presse médicale.*)

Plusieurs cas sont à envisager suivant que l'enfant est vivant ou mort, suivant que l'œuf est intact ou que les membranes sont rompues : et, avec chacun de ces cas, la conduite à tenir sera différente.

Dans le cas où l'enfant est mort, comme dans ceux où l'enfant étant vivant, l'œuf est rompu,

---

alors est devenue quelque chose d'horrifique dont la guérison me fait de plus en plus d'honneur.

Ce que je dis de la maladie est plus vrai encore de l'accouchement, surtout s'il est laborieux, nécessite une application de forceps. La renommée a, dit-on, cent bouches ; la femme accouchée au forceps n'en a qu'une, mais quel merveilleux instrument, et tout au service de son médecin. Aussi, ne saurais-je trop vous engager à faire des accouchements, c'est le plus sûr moyen d'arriver vite. Et dès que votre cliente sera à l'abri de toute complication, permettez-lui de recevoir quelques amies ; délier sa langue lui fera du bien, et à vous aussi : « Ma chère, quel bon médecin nous avons maintenant ; sans lui, à cette heure je serais morte et mon enfant aussi ! Pense donc, il a fallu les fers ! — Oh, ce que tu as dû souffrir, ma pauvre amie. — Eh bien, non, pas comme tu le penses, et puis c'est si vite fait et tout de suite après la détente est si douce et la joie d'avoir un enfant si grande. Oui, je lui dois la vie et celle de mon enfant, jamais je ne l'oublierai. — Alors tu m'engages à le retenir pour mes couches prochaines ? — Ah ! certes oui. »

De tout cela, ne concluez pas que nos clientes sont plus attachées à la vie que nos clients, mais simplement qu'elles sont plus reconnaissantes. Et la preuve que tout le bien qu'elles disent de nous trouve sa source dans leur cœur et n'a rien d'égoïste, c'est que leur reconnaissance est plus vive et durable encore quand il s'agit de la guérison d'un enfant et même de celle d'un époux.

Ainsi, vous voilà prévenu : il est bien, à tous les points de vue, de guérir tous ceux que vous soignerez, mais il est mieux encore, pour votre réputation, de guérir vos clientes et leurs enfants.

Mais, si la cliente est plus reconnaissante que le client, elle est aussi plus exigeante. Elle aime les visites un peu longues. Quand vous irez la voir n'ayez jamais l'air d'un homme pressé, même et surtout si vous l'êtes ; vous lui laisseriez une impression pénible dont elle vous saurait mauvais gré. Il y a une certaine manière de faire une visite qui la fait paraître suffisamment longue, alors qu'elle n'a pas duré dix minutes ; je veux bien vous en donner la *recette*. Plus on est pressé et plus il importe de ne pas le paraître : entrez dans la chambre d'un pas flâneur ; prenez une chaise et asseyez-vous comme si vous étiez là pour des heures. Procédez à votre examen avec lenteur, il ne vous prendra guère qu'une minute de plus ; surtout gardez-vous de consulter votre montre, ce geste vous ferait le plus grand tort ; mais, comme il ne faut pas, pourtant, manquer le train dont l'heure approche, terminez par l'examen du pouls *montre en main*. Si vous constatez, alors, qu'il vous reste quelques minutes — et il en reste toujours quand on a bien employé son

★

il est indiqué de laisser l'avortement se produire et de ne pas enrayer le travail.

Au contraire, lorsque l'enfant est vivant et l'œuf intact, nous devons tâcher d'arrêter l'hémorragie et les contractions utérines douloureuses par tous les moyens possibles.

Quels sont ces moyens ?

C'est tout d'abord le repos au lit d'une façon absolue, dans le décubitus dorsal ; puis des injections chaudes à 50° pour tâcher d'arrêter la perte sanguine. Le plus grand calme devra être observé autour de la malade.

Faut-il essayer d'arrêter les contractions utérines au moyen du laudanum et de la morphine ? L'efficacité des opiacés a été mise en doute par Pinard et Varnier, qui reprochent, en outre, à cette médication de produire de la constipation et, par ce fait, de congestionner les organes du petit bassin. Ce traitement a paru cependant, entre les mains d'un certain nombre d'auteurs, donner de bons résultats. Il était préconisé par Tarnier, qui le formule de la façon suivante :

« Le laudanum sera administré en lavements. Quinze, vint ou vingt-cinq gouttes sont mises dans une cuillerée ou deux d'eau tiède ; on remplit de ce mélange une petite seringue en verre dont le bout olivaire, ou mieux arrondi, peut être facilement introduit dans l'anus. Lorsque le sphincter est dépassé on pousse dans le rectum ce liquide que la malade conserve facilement. On peut renouveler ce petit lavement au bout d'une heure ou même plusieurs fois dans une journée. On a insisté avec raison sur la tolérance remarquable des femmes enceintes pour le laudanum : nous en avons, en effet, vu quelques-unes qui supportaient facilement 100 à 200 gouttes dans les vingt-quatre heures, sans présenter le moindre phénomène d'empoisonnement. Nous avons même pu, dans un cas où cette indication a été suivie de succès, aller jusqu'à 300 gouttes ; la malade n'a accusé que des démangeaisons, des picotements de la peau et un très léger engourdissement général. Même donné à cette dose, le laudanum n'a aucune influence fâcheuse sur le fœtus. On fera bien cependant de surveiller avec soin l'emploi du laudanum et de tâter la susceptibilité de chaque femme. »

La morphine paraît agir plus rapidement que le laudanum. Tarnier conseille de faire d'emblée une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine ; une heure après, suivant l'effet produit, on pourra injecter de nouveau un demi ou même un centigramme. On emploiera ensuite les lavements laudanisés. Dans les cas où l'on applique ce traitement, il est nécessaire de surveiller les fonctions intestinales.

Le chloral paraît moins efficace que le laudanum et la morphine qui doivent lui être préférés.

L'antipyrine paraît avoir donné de bons résultats entre les mains de certains auteurs. D'après Misrachi, « l'antipyrine calme à merveille les contractions douloureuses pathologiques de la matrice et je crois fermement qu'elle est particulièrement utile dans l'avortement. Maintenant, est-elle supérieure à l'opium ? Je ne saurais l'affirmer, et, d'ailleurs, je ne propose pas de délaisser ce dernier. J'associe les deux médicaments que j'administre par voie rectale. » Voici la formule.

Eau distillée et bouillie. .	3 centim. cubes
Antipyrine........	3 grammes.
Laudanum de Sydenham.	XL gouttes.

A l'aide d'une seringue de Debove armée d'une longue canule rectale à bout olivaire (canule de Gondamin), on injecte la moitié de cette solution ; l'autre moitié est injectée une heure après dans tous les cas. Si les symptômes ne s'amendent pas, on répète la même dose, toutes les deux ou trois heures jusqu'à employer la dose totale maxima, soit cinq grammes d'antipyrine et cent gouttes de laudanum.

Le viburnum prunifolium peut être également employé. « Pendant que j'administre par le rectum l'opium et l'antipyrine, dit Misrachi, je prescris en même temps une potion avec quatre ou six grammes d'extrait fluide de viburnum à prendre en quatre fois, potion que je continue à pres-

---

temps — touchez à quelque sujet étranger à la maladie, mais qui intéresse la malade, et tout aussitôt ayez l'air de vous rappeler que vous devez prendre le train, ou faire toute autre chose, et que l'heure est venue. Vous pouvez partir tranquille, votre cliente n'aura pas remarqué que votre visite était un peu courte.

Du reste, quand vous le pourrez, restez un peu plus ; non seulement vous ferez plaisir, ce qui n'est pas indifférent pour le but final, la guérison — mais bien souvent vous recueillerez des renseignements utiles qu'on avait oubliés, et découvrirez même, parfois, des symptômes qui vous avaient échappé. Cela vous permettra aussi d'étudier l'âme de votre cliente et de recevoir, sans la provoquer, une confession qui pourra vous amener à modifier votre thérapeutique.

C'est surtout chez la cliente que la suggestion est souvent toute puissante : sans parler des injections sous-cutanées d'eau pure que tout praticien de campagne, pris au dépourvu, a faites avec succès dans des cas de névralgies qu'on disait atroces, que de fois la simple présence du médecin a dissipé un malaise, prévenu ou terminé une crise, remonté le moral, concouru à la guérison.

Aussi, la principale qualité du jeune médecin, pour sa cliente, est-elle d'être « sympathique » ; mains le traitement le mieux indiqué. Plus tard, le prestige de la réputation aura aussi sa grande part d'influence sur la guérison, mais, au début de la carrière, malheur au jeune praticien qui n'est pas sympathique. Pourtant n'allez pas l'être trop ; il est une limite en deçà de laquelle il faut toujours se qui ne l'est pas verra souvent échouer dans ses tenir ; c'est, peut-être, le seul cas auquel on puisse appliquer sans s'exposer à faire sourire, le fameux vers de Ponsard, dérobé à M. de la Palisse :

Quand la borne est franchie, il n'est plus de limite.

Puisque, dans mon désir de vous obliger, j'ai osé toucher à un sujet si délicat, je dirai quelques mots aussi de la pudeur de nos clientes : ménagez-la, respectez-la, dites-vous avec les auteurs du futur code de déontologie que : « la délicatesse et la discrétion sont particulièrement nécessaires dans le langage et dans les actes lorsqu'il s'agit de femmes ou de jeunes filles » (1).

Toutefois, il est des circonstances nombreuses où cette délicatesse et cette discrétion ne sont guère de mise, surtout avec une cliente mariée, et où le devoir impérieux d'arriver à un diagnostic précis doit faire taire toute autre considération. Du reste, dans l'immense majorité des cas, les femmes se sou-

(1) *Revue de Déontologie*, N° de mai 1904.

crire plusieurs jours après que j'ai suspendu les autres remèdes. »

Que dire de la saignée ? Elle était en honneur au temps de Baudelocque, et Tarnier dit à son sujet : « La saignée peut être employée comme traitement curatif, lorsqu'il se produit une légère hémorrhagie dont on croit trouver la cause dans la pléthore ou la congestion utérine. Elle sera, au contraire, formellement contre-indiquée, toutes les fois que l'hémorrhagie sera abondante et que les malades auront déjà perdu une notable quantité de sang. »

Lorsque, par l'un de ces moyens, on aura obtenu le résultat cherché, c'est-à-dire l'arrêt du travail, on aura soin de maintenir la malade au lit pendant une ou deux semaines après la disparition de tout phénomène utérin.

Traitement post-opératoire de la cystotomie d'urgence chez les prostatiques.

M. le Dr R. Gauthier, de Luxeuil, a fait au congrès français de chirurgie une communication sur le lavage post-opératoire après la cystotomie chez les prostatiques au moyen du double siphon de Périer.

« Pour assurer au double siphon un fonctionnement plus régulier encore et plus constant, surtout au moment où la désunion des sutures donne plus de béance à l'orifice, je me suis bien trouvé de lui adjoindre une petite trompe à eau, grâce à laquelle il ne peut cesser d'être amorcé.

« Voici le dispositif qui m'a paru donner le meilleur résultat : à côté du lit, on place un gros ballon de verre muni d'un bouchon à trois tubulures, dont deux reçoivent les extrémités du double siphon vésical prolongées par des tuyaux en caoutchouc de longueur appropriée, tandis que la troisième reçoit le tuyau d'aspiration de la trompe.

« Le ballon est à moitié rempli par une solution forte de sublimé pour prévenir la décomposition de l'urine, le siphon et les tubes qui le prolongent peuvent être aussi souvent qu'on le juge utile remplacés et stérilisés. Ainsi la vessie s'ouvre alors par des tuyaux stérilisés dans un réservoir clos qu'on peut considérer lui-même comme stérile.

« Et lorsqu'en outre, grâce à la trompe, le pansement reste sec, on se trouve dans les meilleures conditions possibles pour diminuer les chances d'infection secondaire.

« Malheureusement, au moment même de l'opération, l'infection était déjà dans la place. Aussi, malgré toutes ces précautions minutieuses, malgré toute l'asepsie dont nous pouvons être capables, ne devrons-nous pas nous étonner de voir survenir, au cours du traitement post-opératoire, des accidents infectieux dont le retentissement sur l'état général du malade est assez violent pour mettre rapidement son existence en danger.

« Nous assistons alors à une véritable intoxication, avec sécheresse de la langue, délire, accélération du pouls et de la respiration. La température aussi s'élève, mais cette élévation n'est pas en rapport avec la gravité des accidents, et ce n'est pas sur elle qu'il faut nous guider. Le symptôme cardinal, celui sur lequel doit se régler toute notre thérapeutique, est tiré de l'état de la langue.

Dès qu'elle cesse d'être humide, le danger est proche. Les grandes injections de sérum, les injections de caféine, de quinine, ne réussissent pas toujours à le conjurer, et il faut, en même temps qu'on les fait, instituer immédiatement le lavage continu de la vessie.

Ce lavage doit se faire jour et nuit tant que la langue reste sèche. Il absorbe environ 150 litres d'eau salée bouillie par vingt-quatre heures. Cette eau pénètre par une des branches du siphon et s'échappe en grande partie par l'autre. Mais il en déborde presque toujours autour du siphon une certaine quantité qui traverse le pansement et se répand dans le lit. Aussi ne doit-on pas songer à faire de l'irrigation continue de la vessie sans avoir d'abord disposé sous le malade un matelas percé garni d'une alèze à écoulement

---

mettent à un examen qu'elles savent nécessaire et qu'il faut pratiquer, sans demander la permission et en usant de cette simple formule de politesse : Vous permettez, Madame, vous permettez ? Provoquer un consentement verbal, c'est, dans la circonstance, obliger votre cliente à faire une double violence à sa pudeur.

Vous le voyez, je crois à la pudeur de nos clientes, et ce n'est pas à moi qu'on entendra jamais dire avec Pauline Bonaparte : « La pudeur, chez la femme, n'est que le sentiment de quelque imperfection ». Je dois avouer, pourtant, que dans quelques circonstances, elle m'a paru n'être que le sentiment de *dessous* et hélas ! même parfois, d'un corps d'une propreté douteuse.

Sur tout cela je m'efforce de glisser sans appuyer, comme disait l'autre, mais tout cela doit être dit au jeune débutant pour lui éviter de... gaffer trop souvent, et se porter ainsi un grand préjudice.

Ce qu'il faut éviter aussi et surtout, c'est de *voir* quelque imperfection chez une de ces femmes pudiques dont parle Pauline Bonaparte : Un jeune médecin consultant une jeune femme en présence de son mari s'avisa que sa cliente avait une épaule un peu plus forte que l'autre, et fut assez... gaffeur pour lui en faire l'observation. La dame nia naturellement et trouva, dès le lendemain, un prétexte pour décider son mari à remercier ce médecin : « Il a, lui dit-elle, une manière de vous palper ! ».

Je ne serais pas étonné que ce mari si susceptible devînt aveugle, par la suite, s'il ne l'était déjà. Vous trouverez des clients atteints de cette double infirmité, même parmi ceux dont la femme n'a pas une épaule plus forte que l'autre.

Cette petite anecdote que j'ai lue je ne sais quand, je ne sais où, m'amène à vous dire que votre position dans une maison sera précaire quand vous n'y serez soutenu, préféré, que par le mari. Ici, comme en bien d'autres choses du reste, c'est la volonté de la femme qui s'impose peu à peu : le praticien qui a sa confiance devient le médecin de la famille et du mari. Si celui-ci résistait — quelle supposition ! — voulait imposer le vieux praticien qui le soigna depuis sa naissance, on le traiterait de despote. Et dire que le code civil continue à affirmer que le mari est le chef de la communauté ! Vous trouverez beaucoup de *communautés* où il n'en a pas même l'apparence. Je plains le jeune praticien qui n'a pour lui que ce chef-là.

Vous le voyez, mon jeune ami, il y a quelques scories dans ce métal précieux qu'est la cliente, mais si peu.

Je vous disais, à la fin de ma dernière lettre, que je tenais en grande estime le bon client ; jugez combien je fais plus de cas encore de la bonne cliente.

central. Un tuyau en caoutchouc prolonge le tube d'écoulement de l'alèze et entraîne au dehors toute l'eau qui peut tomber sur elle. Il est bon de placer sur le malade un cerceau qui soutient les couchages. Sous l'influence de ce lavage continu, il ne peut plus y avoir au fond de la vessie ni rétention ni résorption d'aucun produit septique. Aussi voit-on bientôt le délire diminuer, la langue se mouiller, et le malade, pour ainsi dire, renaître.

MÉDECINE PRATIQUE

Embarras gastriques et gastro-intestinaux.

Malgré les incontestables progrès de la médecine, le champ des investigations à poursuivre est encore fort vaste, non seulement en ce qui concerne les maladies plus ou moins extraordinaires, mais, chose plus étonnante, dans le domaine des maladies courantes et d'organes très importants comme l'estomac et l'intestin.

Ainsi, l'on classe encore actuellement sous la rubrique : *embarras gastrique* et *embarras gastro-intestinal*, une foule d'intoxications digestives et de fièvres infectieuses toxi-microbiennes, dont on ignore, le plus souvent, l'origine et la nature. L'étiquette embarras gastrique couvre un chaos assez disparate, comme l'étiquette grippe en masque un autre mal défini.

Nous n'avons pas la prétention fantaisiste d'élucider tous les points obscurs du chaos « embarras gastrique », mais nous allons essayer de faire avec un peu de méthode la classification des différentes variétés d'embarras gastro-intestinaux, d'après les données modernes ; nous examinerons ensuite leur traitement.

I

CLASSIFICATION DES EMBARRAS GASTRIQUES INTESTINAUX.

Au premier plan des embarras gastriques, se placent les simples phénomènes de DYSPEPSIE PROLONGÉE, qui résultent d'un excès de nourriture quotidienne, de l'abus de mets difficiles à digérer, des médicaments trop sirupeux, poudres, essences aromatiques (résine, térébenthine, santal, copahu, etc.).

En second lieu, viennent les embarras gastriques par DILATATION AIGUË DE L'ESTOMAC ; c'est l'embarras gastrique des gros buveurs d'eau, des buveurs de bière, des buveurs de thé, des mangeurs de soupe, des buveurs de lait. Il s'agit d'une simple distension permanente de l'estomac qui amène de l'inappétence complète, de la fatigue, des malaises, du ballonnement du ventre, des vertiges.

La 3e catégorie d'embarras gastriques est constituée par les phénomènes de GASTRITE AIGUË que provoquent les aliments ou les boissons irritantes, les épices trop abondantes, le vin pur, les apéritifs, les alcools, élixirs, cognacs, liqueurs de dessert. Il s'agit là de vives congestions de la muqueuse gastrique excitée et brûlée par les essences violentes et par l'alcool.

Toutes ces variétés d'embarras gastriques sont apyrétiques et ne s'accompagnent que d'état saburral de la langue, d'anorexie, de nausées, de vomissements même, et habituellement de constipation.

Nous abordons, maintenant, les catégories d'embarras gastriques fébriles, c'est-à-dire, avec réaction générale plus ou moins vive :

La 4e classe des embarras gastriques est donc constituée par les auto-intoxications digestives, consécutives à une *indigestion aiguë*. Après un repas copieux et l'absorption de vins mélangés, de condiments variés, de pâtisseries, crèmes, fruits en grande quantité, le sujet est pris tout à coup, le jour même ou deux jours après, de vomissements abondants et de diarrhée avec malaises généraux très violents et très inquiétants. A la suite de cette grave perturbation digestive, surviennent une céphalée intense, de l'anorexie, de l'abattement, de l'insomnie ; la langue est recouverte d'un épais enduit blanc jaunâtre, c'est

---

Oui, je l'aime pour sa douceur, sa patience, sa résignation, sa reconnaissance. C'est vrai, elle aime d'imposer sa volonté, mais que « son joug est aisé et son fardeau léger ». Et quel dévouement, quelle sollicitude, quelle résistance à la fatigue, quand il s'agit de soigner ses enfants, son mari et même de simples étrangers. Rien ne lui répugne, rien ne l'arrête, non seulement quand il s'agit de guérir, mais simplement de soulager.

Quand vous exercerez depuis quelques mois seulement, vous saurez combien, sur cette question des soins à donner, la cliente diffère du client. Il suffira que vous ayez vu un mari soigné par sa femme et une femme soignée par son mari. Non, vrai, cela ne se ressemble pas du tout.

Et ne m'objectez pas que l'homme a, moins que la femme, l'habitude de ces choses-là, car ce n'est pas seulement son inexpérience, sa maladresse que je lui reproche, mais encore et surtout sa petite provision, vite épuisée, de patience, de dévouement, de sacrifices.

Pour savoir tout ce que vaut la cliente, surtout chez le pauvre, il n'y a qu'à voir ce que devient le foyer dès que la maladie la terrasse. Quel désordre, quelle saleté, quel gaspillage. Se peut-il que cet être faible, qui ne semblait qu'une bouche à nourrir, fut à ce point la cheville ouvrière de toute la maison !

Malgré mes quarante ans de pratique bien sonnés, je n'ai pu encore me cuirasser contre ce spectacle poignant de la mort du chef d'une famille pauvre ; mais quand c'est la mère qui s'en va, la mère, que la mort aveugle et barbare arrache à ses petits, à son époux, alors j'en reste malade quelques jours et, jusqu'à ce que j'aie fait quelque bonne cure, je n'aime plus notre métier. Ah ! quelle belle profession serait la nôtre si les clients et surtout si les clientes, les mères des petits enfants pauvres, ne mouraient jamais !

Mais, je vous entends me dire : Les clientes sont donc douées de toutes les vertus, possèdent tous les mérites ?

— Oui, et je dirais volontiers avec Legouvé dans *Le mérite des femmes* :

« O femmes, c'est à tort qu'on vous nomme timides ;
« A la voix de vos cœurs vous êtes intrépides. »

Règle générale, ce sont d'excellentes personnes à tous les points de vue ; seulement, vous le savez, à toute règle il y a des exceptions. Et, s'il est vrai, comme on le dit, que les exceptions confirment la règle, celle-ci doit être bien *confirmée*, car nombreuses sont les exceptions.

DUMAS,
de Lédignan.

le tableau de l'embarras gastrique aigu par indigestion.

Il s'accompagne de courbature et de fièvre plus ou moins élevée entre 38 et 39°5, pendant quelques jours. L'intensité des phénomènes de début fait généralement hésiter le médecin pour établir un diagnostic ferme ; on redoute un prologue de fièvre grave, scarlatine, pneumonie, méningite, etc.

La 5e catégorie des embarras gastriques et gastro-intestinaux comprend les gastro-entérites microbiennes et toxi-fermentatives que la bactériologie et la chimie biologique n'ont pas encore pu parvenir à différencier bien nettement, et qui sont de véritables petites fièvres infectieuses comparables à la dothiénentérie légère, souvent étiquetées fièvres muqueuses. Ce ne sont pas des infections éberthiennes et, par conséquent, on ne doit pas les qualifier de fièvres typhoïdes ; ce sont des « embarras gastriques fébriles ». Le plus souvent, il s'agit d'infections coli-bacillaires ou d'associations microbiennes variées.

Non seulement la langue est saburrale, non seulement il se produit des malaises généraux intenses, de la céphalée, de la fièvre (température de 38° à 40°) mais encore il y a des vomissements et de la diarrhée.

Ces vomissements sont alimentaires d'abord puis muco-bilieux ; quant à la diarrhée, elle est particulièrement fétide et nauséabonde. Cette diarrhée est parfois très tenace et s'accompagne de douleurs intestinales vives avec frissons et crampes. Souvent, au bout de quelques jours, les accidents s'amendent, mais l'anorexie persiste ainsi que l'état saburral de la langue et la céphalée. Après plusieurs alternatives de diarrhée et de constipation, de fièvre et d'apyrexie, qui peuvent durer huit, dix, quinze jours, tout rentre dans l'ordre, si le malade a été convenablement purgé et maintenu à la diète. A côté de ces embarras gastriques microbiens, se placent les embarras déterminés par les toxines de certains aliments ou des fermentations anormales de l intestin. Le gibier plus ou moins faisandé, les fromages très faits, les choux, les épices, truffes, hachis, pâtés, les crèmes fouettées et les pâtisseries défectueuses, les crustacés, langoustes, écrevisses, les moules, certains poissons, toutes les viandes un peu avariées, sont susceptibles de provoquer des phénomènes d'intoxication alimentaire et de l'embarras gastrique fébrile avec entérite.

Il est parfois fort difficile de différencier l'embarras gastrique coli-bacillaire de l'embarras gastrique toxi-alimentaire aigu ; la diarrhée présente la même fétidité, la fièvre est aussi intense, l'abattement, la céphalée, aussi considérable, l'anorexie aussi complète ; toutefois, les vomissements et les douleurs gastro-intestinales paraissent plus violents et plus tenaces dans le cas de toxi-fermentation que dans le cas d'infection coli-bacillaire. C'est à peu près le seul signe distinctif à signaler en dehors des résultats que le laboratoire et le microscope peuvent fournir au point de vue de la coli-bacillose.

II

Traitement des embarras gastro-intestinaux.

Après cet essai de classification qui nous permet de voir un peu plus clair dans le chaos des embarras gastriques, nous pouvons formuler les différents principes qui doivent présider au traitement de ces affections.

Le premier principe que l'on oublie trop souvent, c'est que tout embarras nécessite l'abstention de nouveaux aliments. Chez l'adulte aussi bien que chez le nouveau-né, le premier traitement qui s'impose dans l'embarras gastro-intestinal, c'est la DIÈTE, diète plus ou moins sévère selon l'intensité des symptômes, mitigée dans l'embarras simple sans fièvre, absolue dans l'embarras fébrile toxi-microbien. Que dirait-on d'un chauffeur qui continue à charger son foyer de charbon nouveau, alors que ce foyer est bondé de mâchefer et de scories? La nature est plus complaisante qu une machine, heureusement, et parfois, elle vient quand même à bout des surcroîts colossaux de travail qu'on lui impose, en l'accablant de nouveaux aliments à digérer, à absorber et à éliminer : mais sa complaisance et surtout ses ressources ont des bornes ; il ne faut pas en abuser. Fréquemment, un embarras gastrique moyen est transformé en embarras plus grave par la gloutonnerie du malade ou par la maladresse des personnes qui le soignent. Donc, premier principe : *Diète.*

Le corollaire presqu'inévitable de ce régime de diète, c'est évidemment le *repos*, repos de quelques jours, en moyenne deux ou trois jours, car l'organisme, qui ne peut plus recevoir d'aliments provisoirement, ne peut incontestablement pas fournir de travail utile, ni convenable.

Le 2e principe de traitement, c'est la prompte évacuation des débris nuisibles et des colonies microbiennes greffées dessus qui encombrent l'estomac, le duodénum et l'intestin grêle. Or quel est le meilleur moyen d'évacuer rapidement ces résidus ? C'est l'éméto-cathartique, le vomitif et le purgatif associés. Inutile de perdre un temps précieux à administrer des cachets eupeptiques, des doses dérisoires de charbon de Belloc, de magnésie, de craie préparée, de bétol, de naphtol, des gouttes amères de Baumé ou de noix vomique. Ce qu'il faut, c'est un bon éméto-cathartique :

Ipéca pulvérisé.........	1 gr.
Tartre stibié............	0 gr. 10 centigr.
Sulfate de soude........	20 gr.

en 3 paquets.

à prendre à jeun, un toutes les cinq minutes avec *beaucoup* d'eau tiède.

Ces doses, un peu fortes pour un adolescent et pour une personne faible, comme la plupart des dames, peut être réduite de moitié, en ce qui concerne la partie vomitive, mais non pas pour le sulfate de soude.

Dans bon nombre de cas, l'embarras étant modéré, on aura même avantage à ne donner que le purgatif, mais en ayant grand soin de ne pas se contenter d'un seul purgatif et en le renouvelant deux, trois, ou même quatre jours de suite. La plupart des embarras gastro-intestinaux se traduisent, en effet, par de la diarrhée. Cette diarrhée est souvent très intense et s'accompagne de violentes douleurs intestinales qui affaiblissent rapidement les malades. Or, la tendance de la grande majorité des praticiens est d'administrer immédiatement une potion plus ou moins savamment agrémentée de bismuth, benzonaphtol, laudanum, élixir parégorique, cachou, coings, ratanhia, etc. C'est un de ces non-sens que la rou-

tine consacre, on ne sait pourquoi, et que le public nous entraîne, presqu'inévitablement, à commettre.

C'est aussi absurde que de badigeonner de collodion antiseptique un gros furoncle ou un abcès qui vient de percer et qui donne abondamment du pus. Quiconque a essayé d'appliquer ce galimatias thérapeutique, a pu se rendre compte du résultat qu'il produit : l'abcès se bouche provisoirement, le pus forme un magma semi-solide avec le collodion et bientôt l'écoulement se reproduit en dessous ou à côté, sans tenir le moins du monde compte du cadenas collodionné que l'on a essayé de lui mettre. « Le loup ne reste pas longtemps enfermé dans la bergerie » : fort heureusement d'ailleurs. Eh bien ! ces potions ou les cachets antidiarrhéiques, produisent exactement le même effet sur le contenu de l'estomac et de l'intestin.

C'est un bouchage insuffisant et intempestif. Ce qui est indiqué, c'est de nettoyer préalablement le tube digestif des résidus qui l'encombrent et non pas de coaguler sur place ces résidus pour donner l'illusion éphémère d'une guérison. Et pour cela il faut, séance tenante, administrer un lavement évacuateur d'eau bouillie, faiblement additionnée d'eau oxygénée ou de quelques grammes de sulfate de soude (4 à 5 grammes), puis prescrire une purgation saline légère également aux sulfates de soude ou de magnésie. Et pourquoi hésiterions-nous à le conseiller ? Le meilleur purgatif, dans ce cas, n'est autre que l'*Eau de Condal*, cette remarquable eau naturelle que le Patronage Médical a adoptée depuis une année.

Le lendemain de cette purgation, on récidive : la première fois, on a donné un grand verre ou un verre et demi ; le lendemain, on en donne un verre à bordeaux ; le surlendemain, un autre verre à bordeaux et, au besoin, le 4e jour, on en fait encore prendre un verre à madère. Ainsi donnée à doses progressivement décroissantes, la saturation du contenu intestinal en sulfate de soude se fait sentir d'une façon continue et, comme l'ont montré les expériences de différents auteurs, en ces dernières années, le Dr *Aviragnet* entre autres, chez les enfants, c'est le meilleur procédé d'antisepsie intestinale que l'on puisse réaliser. Aucune région n'échappe à la médication, les muqueuses digestives, modérément stimulées, se débarrassent sans violence des résidus et des colonies microbiennes virulentes qui s'y étaient accumulés.

Après ce traitement méthodique et rationnel, il ne reste qu'à graduer l'alimentation pour revenir au régime normal, et à stimuler l'activité motrice et glandulaire par un peu d'amers au début des repas (six à huit gouttes de gouttes amères de Baumé) et un peu d'acide chlorhydrique à la fin des repas (solution chlorhydrique à 1 pour 200, une cuillerée à soupe à la fin de chaque repas). Au besoin, on stimule encore ces fonctions par le repos après les repas et une application d'une compresse bien chaude sur l'estomac pendant 1/4 d'heure.

Dr Paul Huguenin.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Une maladie nouvelle.

Sartrouville, 3 octobre 1904.

Très honoré Confrère,

Afin d'établir une *date*, voulez-vous publier ce qui suit dans le prochain numéro du « Concours ».

Agréez l'expression de mes meilleurs sentiments.

P. Nouet.

Avant qu'elle soit baptisée de quelque nom aussi agréable à l'oreille que les maladies bacillaires, dont les appellations hétéroclites faussent les tympans civilisés, présentons les symptômes :

1° Hématurie débutant de 12 à 24 heures après l'intoxication ;

2° Douleurs lombaires très intenses ;

3° Abdomen très peu ballonné, mais uniformément résistant et douloureux au toucher ;

4° Douleur à l'hypochondre droit ;

5° Apparition aux sclérotiques de la coloration jaune ictérique qui se propage à la peau ;

6° Fièvre ; urines rares ; pas de selles ; pas de nausées ; pas de soif ; pas de troubles au cœur ni du côté de la respiration ; ni sueurs, ni syncopes ;

7° Dernier phénomène : céphalée continue, mais tolérable.

En quatre jours, mort ou guérison.

A l'autopsie, congestion intense de tous les organes (intestin, foie, reins). Lésions spéciales du sang, dont les globules ratatinés semblent avoir été tués.

Ce qui précède est à peu près la description de la fièvre hématurique des pays chauds, et il pourrait se faire qu'il y eût parenté, pas microbienne, car les microbes seraient eux-mêmes foudroyés, mais d'origine délétère et de variation atmosphérique.

L'affection se voit chez les employés aux ballons à hydrogène, quand on dégonfle ceux-ci.

Est-ce que l'hydrogène contiendrait des particules de phosphore ou d'arsenic, ou formerait avec eux des composés toxiques ? Est-ce que l'hydrogène répandu brusquement dans l'atmosphère en quantité considérable produirait une raréfaction d'oxygène et une diminution de pression comme dans les hautes altitudes.

Jusqu'à démonstration, nous pensons que le traitement doit être : faire respirer de l'oxygène ; provoquer par des boissons chaudes la diurèse et la sudation pour décongestionner l'intérieur ; alimenter aussitôt que possible.

Jusqu'à ce jour il y a eu huit cas observés, suivis de mort dans quatre.

P. Nouet.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La preuve officielle de la désinfection bien faite.

Le procédé de désinfection que le *Concours médical* a signalé à ses lecteurs, il y a un peu plus de deux ans, pour avoir reconnu en lui des qua-

lités qui en faisaient, à l'usage des praticiens, un moyen merveilleux de prophylaxie des maladies contagieuses ; l'appareil formogène dont depuis plus de deux ans nous avons noté toutes les victoires après les avoir prédites : le Fumigator, cet appareil si simple qui permettra à lui seul la vulgarisation de la désinfection, marche de succès en succès et d'amélioration en amélioration vers la perfection idéale.

Autorisé par décision ministérielle du 25 février 1904, le Fumigator a, depuis cette date, fait son entrée un peu dans toutes les administrations qu'il a séduites par son bon marché en même temps que par l'extrême simplicité et la parfaite discrétion de son emploi. Pouvoir désinfecter avec efficacité certaine, à bas prix, souvent, vite, facilement et sans bruit, sans le branle-bas obligé d'un matériel compliqué, encombrant, par un personnel nombreux, n'y avait-il pas là de quoi gagner tous les suffrages au Fumigator ? Il les a gagnés. Nous avons dit déjà (*Concours médical*, n° 25 du 11 juin 1904) que M. le Docteur Laburthe, inspecteur général des services administratifs du Ministre de l'Intérieur avait procédé, au *Ministère des Finances*, à la désinfection par le Fumigator de cent-deux pièces dont quelques-unes dépassaient la capacité de *quatre mille mètres cubes ?*

Le contrôle de l'efficacité de ces expériences fut ce qu'il devait être ; la confirmation de tous les résultats excellents obtenus dans les multiples expériences antérieures.

C'est peu après le 28 juin 1904, que M. le Ministre de la Marine autorisait, par décision spéciale, l'emploi dans la marine du procédé de désinfection dit « Fumigator ».

Est-il besoin d'insister sur ce que pareille décision comportait d'éloges à l'adresse du Fumigator, admis à l'honneur de prendre place dans l'arsenal thérapeutique et prophylactique qui assure la sécurité sanitaire à bord des bâtiments de la Marine de l'Etat, trop souvent vecteurs des maladies épidémiques ?

Puis c'est le Ministère de la Guerre qui, le 31 août, fait provision de Fumigators : le Ministère des Colonies avait lui-même auparavant envoyé sa commande.

Le 11 août, le service médical de la Cie des Chemins de fer de l'Ouest renouvelle sa provision de différents numéros de Fumigator et adresse une lettre de félicitations au directeur de la Société du Fumigator.

Nous avons gardé « pour la bonne bouche », comme on dit, la mention du succès grandissant remporté dans la famille médicale : et de celui-là nous nous applaudissons encore plus, car nous y avons contribué, nous pouvons le dire sans fausse honte, pour la part la plus large possible.

Nos confrères du *Concours* ont ratifié une fois de plus un jugement porté de longue date dans ce journal : il faut les en remercier et aussi les en féliciter !... car le Fumigator est certainement le procédé de choix qui les aidera à satisfaire aux exigences de la loi de santé publique déjà ancienne puisqu'elle est du 15 février 1902, mais que l'on commence à peine à appliquer après la difficile élaboration des règlements administratifs.

Tout en reconnaissant la haute portée sociale de la nouvelle loi, le corps médical s'effrayait de l'obligation qu'elle édictait de déclarer les maladies contagieuses pour qu'il fût procédé à la désinfection, obligatoire aussi, des locaux contaminés.

Le corps médical s'effrayait d'ailleurs à juste titre : cette obligation n'allait-elle pas porter atteinte au secret professionnel cette prérogative nécessaire ? On objectait bien que l'individualité doit s'incliner devant la collectivité, que le droit d'un seul est limité au droit de tous, que l'égoïsme féroce du *moi* ne devait pas se prévaloir de son droit au secret devant le danger d'une épidémie menaçant une population, — soit, mais le médecin, le praticien, le malheureux toujours placé entre l'arbre et l'écorce, entre le client et la Société, avait le droit de se demander avec inquiétude de quelle façon il pourrait bien concilier les exigences de ces deux maîtres féroces : le client qui représente le pain quotidien et la Société qui lui oppose la conscience !

Et qu'on ne croie pas que ce sont là de vaines périodes ne reposant que sur des arguments vagues ou spécieux. Quel médecin de province, de campagne, ne s'est rendu compte de l'ennui qui résulterait pour ses clients de voir s'arrêter à leur porte une voiture ornée d'inscriptions en lettres d'or : *Service de dés nfection*, chargée d'appareils ingénieux dont le fonctionnement serait confié à quelques hommes en uniforme, aux casquettes galonnées ou non. Si ce client est un commerçant, évaluez-vous le tort que cette singulière réclame pourra lui causer dans ses affaires ? « X., dirait-on dans la ville, a eu la fièvre typhoïde, n allons pas chez lui, c'est contagieux... la preuve c'est qu'on a désinfecté ! »

Avec le Fumigator on évite tous ces ennuis. Le confrère fait expédier au domicile du client ou emportera dans sa poche un petit appareil qui passera inaperçu et avec lequel, sans bruit, il portera la mort dans le royaume des bactéries et la sécurité dans les domiciles

Malgré toutes ces qualités reconnues au Fumigator, l'Administration, dans la personne de quelques distingués confrères, vit cependant une pierre d'achoppement sur la route du triomphant procédé. Elle dit : « Tout ceci est bien, mais qui me donnera l'assurance que le client a bien exécuté l'ordonnance de son médecin qu'il a bien employé le nombre de fumigators voulu ?...... Car un fumigator ne désinfecte qu'un cubage déterminé selon sa grandeur....Voyez-vous, il y a là un danger... « Le Fumigator » servira à tourner la loi.... »

Et allez donc ! Le Directeur de la Société à qui ces propos furent tenus se dit tout de suite qu'il ne voulait pas qu'un usage aussi immoral fût réservé à son appareil, et il chercha, chercha... et trouva le moyen d'empêcher que le fumigator servît à tourner la loi et à favoriser par conséquent la marche des épidémies !

Il a imaginé ceci : Chaque fumigator (n° 3 par exemple) sera à l'avenir vendu muni d'un certificat de contrôle de la désinfection de 15 mètres cubes. Ce ticket, après utilisation du fumigator qu'il accompagnait, sera signé du médecin. Quand l'administration se présentera, elle dira au client : « Vous deviez désinfecter cette chambre de 30 mètres cubes.. » Le client présentera deux tickets signés et il sera à l'abri de toute réclamation énervante et de tout soupçon injurieux.

Ceci prouve que le Fumigator retient toutes les critiques pour en triompher.

Il s'est souvenu, notamment, des craintes qui se firent jour à l'Assemblée générale du Concours en 1901. « Quoi qu'il fasse, disaient plusieurs confrères, du moment où le médecin traitant aura choisi l'appareil ou le système de désinfection et en aura prescrit et précisé le mode d'emploi, il sentira sa responsabilité engagée. Il ne faudrait pas le laisser désarmé et sans preuves devant une accusation de prophylaxie insuffisante. »

Eh bien ! c'est cette preuve, ce document libérateur, que la Société du Fumigator nous fournit sous la forme de ce modeste ticket qui, muni de notre signature, va prendre place dans les archives municipales ou dans celles des Bureaux d'hygiène.

Ajoutons enfin, pour terminer, que le contrôle administratif trouvera en lui son meilleur point d'appui pour les relevés, rapports et statistiques.

Et convenons que le Concours médical devait cette satisfaction à tous ses membres, praticiens, maires, conseillers municipaux, si intéressés à divers titres dans la preuve d'une désinfection efficace pratiquée par un procédé officiellement autorisé.

Cito, jucunde... et tuto.

H. J.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'exercice illégal de la médecine par les instituteurs d'Algérie.

Nous avons dit quelques mots, il y a deux mois, du scandaleux abus que représentait le dernier rapport des autorités académiques algériennes sur l'exercice de la médecine par les instituteurs de cette colonie. MM. Granjux, dans le *Bulletin médical*, et J. Noir, dans le *Progrès*, s'élevèrent vigoureusement contre les encouragements officiels donnés à ces pratiques. M. le Dr Treille, le sénateur dévoué que connaissent les habitués de nos banquets, mit aussi toute sa causticité au service de la bonne cause.

Dans le *Bulletin médical de l'Algérie*, M. le Dr Soulié crut pouvoir expliquer un peu l'attitude officielle par la pénurie de médecins de colonisation qu'il croyait ignorée de nos confrères parisiens. L'article suivant, qui est adressé à ce même journal par un membre du Concours, ici connu depuis longtemps, nous paraît juger la question pendante ! Voici cet article, simple lettre de M. le Dr Trolard (d'Aiger) à M. le Dr Soulié, rédacteur en chef du *Bulletin médical d'Algérie*.

Monsieur le rédacteur en chef,

Votre appréciation sur l'exercice de la médecine par les instituteurs algériens ne sera pas, je crois, partagée par tous nos confrères de la colonie. Pour ma part, je ne saurais souscrire à cette appréciation : aussi viens-je prendre part à la discussion à laquelle vous nous avez en quelque sorte conviés.

Comme tant d'autres personnes, les instituteurs eussent recommandé des tisanes lénitives et rafraîchissantes, des infusions digestives, des décoctions apéritives, etc., etc., personne n'aurait trouvé mauvaise leur ingérance dans la médecine... des bonnes femmes. Mais, vous le savez, ils font de la grande médecine, et du train dont ils vont, ils ne tarderont pas à ouvrir des cliniques, que leurs élèves devront suivre.

Ce qui est plus grave peut être que la généreuse, mais très imprudente ardeur des instituteurs à chevaucher dans le domaine médical, c'est l'attitude de leurs chefs hiérarchiques venant les encourager et les féliciter d'avoir violé la loi. J'estime que nos confrères Granjux et Noir ont parfaitement raison quand ils qualifient cette attitude « d'apologie de l'exercice illégal de la médecine. »

Supposez un évêque couvrant de fleurs, du haut de la chaire ou dans une circulaire, des prêtres, des frères, des sœurs, des congréganistes au sujet de cures merveilleuses qu'ils auraient faites. Quel *tolle* général ! Et pourtant où serait la différence entre les actes des uns et des autres ?

Vous nous dites que les instituteurs ont reçu à l'Ecole normale d'excellentes leçons d'hygiène. Ce à quoi je réponds : Arriveraient-ils à posséder l'hygiène infuse que cela ne leur donnerait pas le droit de traiter des malades. Je crois savoir d'ailleurs que leur professeur, notre collègue Moreau, a bien soin de les mettre en garde contre toute velléité qui pourrait les inciter plus tard à exercer la médecine.

Je réponds ensuite que si le fait d'avoir suivi des cours d'hygiène doit être considéré comme une garantie suffisante pour entreprendre de véritables cures, les congréganistes n'auront aucune peine à se mettre en règle.

Notez que je suis et ai toujours été partisan du libre exercice de la médecine (tout en demandant le maintien des diplômes officiels, qui, soit dit en passant, ne seront délivrés sérieusement que lorsque cette liberté existera). Mais tant qu'il y aura des lois réglementant l'exercice de la médecine, elles doivent être appliquées dans leur intégralité, et les fonctionnaires, qui doivent d'autant plus donner l'exemple du respect de la loi qu'ils sont plus haut placés, ne sauraient s'arroger le droit de faire des exceptions. Quand une loi est atténuée ou entamée pour un motif ou pour un autre, elle n'a plus, si excellent que soit le motif, sa raison d'être : c'est l'arbitraire ou le bon plaisir des hauts fonctionnaires qui insensiblement lui succède.

C'est parce que, dites-vous aussi, le pays indigène est, sur de nombreux points, entièrement dépourvu de médecins, qu'il faudrait tolérer l'exercice de la médecine par les instituteurs. Il y a dans la métropole de nombreuses régions sans médecins et l'on n'a jamais songé à des instituteurs pour combler cette lacune. Lors de la discussion sur le maintien ou la suppression de l'officiat de santé, on a fait valoir cette situation en faveur du maintien. A cet argument, on a répondu par un autre qui a paru décisif : « Il n'y a pas de demi-malades ; il ne peut donc y avoir de demi-médecins. »

Vous savez d'ailleurs aussi bien que moi combien sont audacieux les médicastres qui n'ont d'autres titres que ceux qu'ils se donnent eux-mêmes : eh bien ! j'estime que les médicastres qui ont une attache officielle quelconque sont encore plus dangereux.

Je veux bien admettre que le plus souvent ils ne feront pas de mal ; mais il suffira d'une fois pour que le bien qu'ils auront fait soit payé d'un désastre. Vous représentez-vous un médecin passant à côté de nombreux cas de choléra ou de peste sans en reconnaître la nature et laissant une effroyable épidémie s'installer à l'aise dans une région ? Vous les représentez-vous vaccinant de leur propre autorité et seuls dans un douar infesté par la syphilis ? Non seulement ce serait une catastrophe, mais c'en serait fait du prestige de la vaccine dans ce pays !

Il n'y a donc aucune raison pour innover en Algérie ce que dans la Métropole on n'oserait même pas proposer. Ce n'est pas au surplus avec des corps d'instituteurs, employés même à titre d'auxiliaires, que l'on a conquis l'Algérie ; c'est avec de vrais et solides soldats, le mieux possible dressés au métier des armes. Si l'on ne veut pas faire de fausses manœuvres, se traduisant par des morts d'homme plus ou moins nombreuses, et, comme

conséquence, par la déconsidération de la médecine, il ne faut confier la conquête morale de l'indigène par la médecine qu'à des médecins. Et pour ma part je n'hésite pas à dire qu'il vaudrait mieux laisser les populations arabes livrées à elles-mêmes ou à leurs *tebibs* que de leur apporter des à peu près de médecine.

Je m'empresse d'ajouter que cette éventualité ne devrait plus être envisagée aujourd'hui, puisque l'on a actuellement les moyens de jeter en pays indigène autant de médecins que cela sera reconnu nécessaire. Jusqu'à présent, l'Administration n'avait guère que de bonnes intentions à son actif dans ses projets d'assistance indigène. Depuis deux ans elle a mieux que cela : elle a l'argent : elle n'a qu'à puiser dans une caisse fort bien garnie.

Vous nous dites, Monsieur le Rédacteur en chef, que depuis le commencement de l'année présente, le nombre de médecins de colonisation a été augmenté de onze. Je n'ai pas les renseignements précis au sujet des postes occupés par les nouveaux médecins et s'ils sont plus ou moins exclusivement destinés aux Indigènes. Les médecins de colonisation proprement dits, comme j'ai eu occasion de le demander déjà dans ce *Bulletin*, étaient dans l'impossibilité d'assurer le service des tribus. Je crois savoir que les nouvelles créations ne répondent pas à ce besoin. En tout cas, y répondraient-elles, qu'elles sont insuffisantes ; et, du moment où il y a de l'argent, tout atermoiement serait difficilement excusable. L'Administration arguera peut être que, pour l'emploi des crédits mis à sa disposition en vue d'améliorer le sort de nos sujets français, elle a cru devoir d'abord leur bâtir des mosquées de luxe et ouvrir des bibliothèques à leur usage. J'émets timidement l'opinion que ces œuvres n'étaient peut-être pas de première urgence et qu'au surplus elles étaient moins urgentes que l'organisation d'une assistance médicale aussi complète que possible. Qu'il me soit permis d'espérer que ma timide opinion sera à l'avenir partagée par l'Administration et que toutes les ressources du chapitre 21, section VI (708.000 fr.) seront consacrées sinon entièrement, du moins dans les plus larges proportions, à l'amélioration des conditions matérielles de l'existence chez les Indigènes.

Tels sont, mon cher collègue et ami, a l'appui de ma thèse, les arguments que j'emprunte aux principes et aux faits et que je verse à la discussion, dans l'espoir qu'ils serviront à résoudre une question à laquelle s'intéressent tous ceux qui ne sont pas indifférents à l'avenir de l'Algérie.

TROLARD.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Les précautions contre les abus dans nos œuvres de prévoyance.

On nous a fait reproche, en quelques circonstances, d'un certain rigorisme statutaire dans la gestion des œuvres de prévoyance du Concours.

Nous ne nous en sommes pas défendus : nous avons même avoué et manifesté l'intention de ne pas nous départir de cette attitude.

Celle-ci nous est d'ailleurs commune avec les confrères qui ont aussi l'honneur d'administrer des œuvres analogues, et en voici une preuve.

M. le Dr H. Balland, un des administrateurs de la Société Gallay-Lagoguey, étudie dans le Bulletin de celle-ci les améliorations à apporter aux statuts. Voici le langage qu'il tient au sujet de certains abus : les rapports annuels de l'Amicale sonneront encore, cette année, une note absolument pareille et l'expression des mêmes préoccupations.

1. — Le premier cas, qui est aussi le plus important à examiner, consiste à exercer la profession en même temps que l'on reçoit l'indemnité de maladie. Cet abus inquiète nombre de collègues, si j'en crois les confidences que l'on entend de droite et de gauche. J'en sais même qui manifestent quelque velléité de se retirer parce qu'ils prévoient le moment où, étant atteints d'une infirmité quelconque, hémiplégie ou autre, ils se verront fermer la caisse, parce que des gens sans scrupules l'auront vidée. Or, beaucoup d'entre nous sont entrés dans la Société en prévision de maladies incurables ou chroniques, bien plus que par crainte des affections aiguës, auxquelles un médecin peut toujours faire face, tant bien que mal.

A défaut de rentes ou de retraites, bien difficiles à se créer aujourd'hui, on pouvait du moins espérer être à l'abri du besoin au moment voulu.

Mais voilà que l'année 1904 présente les premiers indices d'un mouvement ascensionnel insolite de journées de maladies, à tel point que notre trésorier n'a pu faire aucune économie, à de certains mois, parce que le chiffre des dépenses a presque égalé celui des recettes. Et ceci est d'un mauvais augure, car cela prouve qu'il a fallu entamer les revenus, et que les cotisations seules n'ont pas suffi.

Il faut convenir, d'abord, qu'ici comme ailleurs, c'est l'occasion qui fait le larron. Ceux d'entre nous qui sont tombés malades n'ont certes pas pensé que les clients ne l'entendent pas ainsi. S'il y a parmi eux des lâcheurs, il y a aussi des fidèles et même des acharnés. Fût-on à l'agonie, d'aucuns voudraient encore vous consulter. Et cela se comprend encore aisément, pour certains cas où les malades vous ont mis au courant de leurs misères les plus intimes, et à propos desquelles ils ne voudraient pour rien au monde quérir un autre confident. Il y va parfois de leur existence physique ou morale.

Moi-même, qui avais pourtant l'occasion belle de leur échapper, puisque mon domicile particulier leur est inconnu, étant situé à une assez grande distance de mon cabinet, j'ai dû subir maintes fois leur assaut pendant une indisposition. Je dois même avouer que dans certains cas il m'a été impossible de me récuser, par exemple quand il s'agissait de délivrer un certificat pour faits antérieurs et que j'étais seul à pouvoir donner.

Ensuite notre contrôle est difficile, même en faisant abstraction de l'esprit de camaraderie. Les visiteurs ne peuvent se déranger à tout instant, et l'espionnage répugne au caractère français.

Puis c'est la prospérité de la caisse, la situation plus ou moins besogneuse du collègue malade, un bon client qui vient insister et auquel on ne peut rien refuser, tout invite à enfreindre le règlement.

On est aussi entraîné, alors qu'on n'est pas encore en état de reprendre le travail, à donner quelques consultations, à faire quelques visites pendant les sorties de convalescence.

Nos statuts, en effet, ne condamnent pas à garder la chambre d'une façon continue, et d'ailleurs tout convalescent a besoin d'air pour sa guérison.

Il est donc possible de prolonger indéfiniment sa situation de malade tant qu'on n'a pas fait sa déclaration officielle de reprise du travail.

Il y a donc là une lacune dans nos statuts, et il faut la combler au plus vite, car c'est la porte ouverte au plus pernicieux des abus.

2. — Un second cas qui tend à se renouveler fréquemment, est celui des Sociétaires malades qui vont achever leur cure à la campagne ou aux villes d'eaux. Là ils échappent à tout contrôle, car sans faire injure aux confrères de ces localités qui délivrent les certificats réglementaires, on comprendra qu'ils ne peuvent guère les refuser. Que chacun de nous se mette à la place du confrère sollicité, étranger à notre Association, qui est peut-être l'ami du malade, et en tout cas ne peut mettre en doute ce

que lui déclare l'intéressé sans lui faire une grave injure, et qui d'autre part sait qu'un contrôle immédiat est impossible.

A ce cas se rattache celui des collègues qui prennent leur congé annuel aux frais de la caisse.

On a remarqué en effet que pendant les vacances où cependant les malades sont rares, fait déjà signalé par Hippocrate, le nombre des malades était encore plus élevé dans la Société qu'aux autres époques de l'année. Le procédé est bien simple ; on déclare une petite maladie quelconque donnant droit à l'indemnité et on part pour la campagne. On y a déjà remédié en exigeant que le prétendu malade soit visité par un administrateur en exercice ou du moins se présente au Conseil avant son départ. Mais le Conseil ne se réunit qu'une fois par mois et le malade veut s'en aller de suite. Or rien n'empêche de profiter de la moindre indisposition pour se faire octroyer le droit à l'indemnité et partir avec l'intention de prolonger sa convalescence autant qu'on voudra, c'est-à-dire tout le temps du congé qu'on s'était accordé.

3. — Enfin il reste à considérer le cas le plus délicat des Sociétaires ayant cessé d'exercer parce que leur situation de fortune, ou une première pension acquise, le leur permet, ou bien parce qu'ils ont quitté le département. A ce cas se rattache aussi celui des confrères faisant partie de plusieurs Sociétés de prévoyance, ou ayant contracté des assurances spéciales.

Les uns peuvent donc trouver une occasion d'augmenter leurs revenus, les autres plus d'avantages à ne pas exercer du tout leur profession de médecin, tout en profitant de la difficulté du contrôle.

Pourtant le titre même de notre Association est celui d'une Association des *médecins* de la *Seine*.

Au point de vue professionnel, ces collègues ne sont plus médecins et n'habitent plus le département.

Leurs conditions hygiéniques et pathogènes ne sont plus les mêmes et il n'y a plus d'égalité devant les chances de morbidité. Cela est encore plus évident pour ceux qui résident en Afrique.

Il est impossible d'énumérer les autres cas, nombreux, paraît-il, parce qu'il s'agit d'espèces. J'émets le regret que les choses faisant l'objet des discussions dans les réunions du Conseil ne reçoivent pas une large publicité dans notre Bulletin. Tous nos Collègues, sans exception, qui n'ont point encore rempli leurs fonctions d'administrateurs, ignorent certainement les difficultés rencontrées dans l'application de notre règlement et la bonne gestion des intérêts communs. C'est toujours un étonnement pour ceux qui assistent pour la première fois aux débats d'entendre parler de la nécessité qu'il y a d'opposer un frein au coulage et de proposer des moyens répressifs sévères sinon draconiens. Il est curieux de constater qu'à la moindre proposition destinée à défendre la caisse on se heurte aussitôt à une sensiblerie ou une susceptibilité, mettons si l'on veut une noblesse de caractère, qui se révolte à l'idée de refuser les subsides à un malade qui les réclame instamment, ou de prendre des mesures destinées à révéler un flagrant délit.

Il faut pourtant opter en présence de cette alternative : ou favoriser un indélicat en fermant les yeux, ou prendre soin de l'intérêt général. Et je ne vois pas d'autre moyen de fermer la bouche à ceux qui se récrient que de demander une réponse ferme à la question.

Syndicat départemental des médecins de la Vendée.

A propos de la Loi de 1898 sur les Accidents du Travail

LE MÉDECIN ET LA LOI

Mon cher Confrère,

La loi sur les accidents du travail ! Quel guêpier ! Quelle source inépuisable de tracas, d'ennuis, de dangers ! Les différents intérêts qu'elle vise semblent s'y être donné rendez-vous pour se combattre, et ce ne sont que conflits perpétuels, procès imminents ou en cours, bref, de part et d'autre, méfiance et suspicion ; tels sont les résultats de la loi de 1898 telle qu'elle a été faite. Aussi nous éprouvons tous les besoins de la modifier, de l'améliorer, et c'est pourquoi elle se trouve sur le chantier dans les deux Chambres; après avoir passé devant la Chambre des Députés, elle est actuellement devant le Sénat qui s'est montré à notre égard plus libéral que la Chambre ; à nous de conserver les avantages qui nous ont été faits.

Au point de vue médical, c'est l'article 4 qui est le point essentiel ; l'ancien texte de loi y consacre deux principes dont nous acceptons l'un, tout en repoussant énergiquement l'autre :

1° Libre choix du Médecin par la victime ;

2° Application du tarif de l'Assistance médicale dans le cas où la victime a choisi son médecin.

Les assureurs protestaient contre le premier principe ; les Médecins contre le second.

1° *Liberté pour l'ouvrier de choisir son médecin.*

Quoi qu'on ait pu dire, il a été impossible de ne pas consacrer le droit pour l'ouvrier blessé de choisir son médecin ; tout le monde s'est trouvé d'accord sur ce terrain, bien qu'on y vît de gros dangers pour la... caisse. Seulement on a tenté de reprendre en détail ce qu'on avait accordé en gros, et si on n'y prenait garde, cette liberté laissée au blessé deviendrait vite illusoire. Ainsi la plupart des compagnies usent de tous les moyens pour agir sur les médecins, sur les ouvriers, sur les Patrons.

C'est un des points graves de la question qui nous occupe et nous vous prions d'y prêter toute votre attention. Les Compagnies qui, dans l'espèce défendent leur bourse, supposant, à tort, selon nous, que l'unique but des Médecins doit être de tirer sur elles à boulet rouge, les compagnies, disons-nous, ont un but très net vers lequel elles tendent : substitution d'un médecin choisi par elles, agréé par elles, et payé par elles, à un tarif plutôt... maigre, au médecin ordinaire du blessé. Pour obtenir ce résultat elles disent :

AUX MÉDECINS :

Acceptez nos conditions ; elles sont avantageuses puisque vous serez le seul dans votre région qui nous représenterez ; vous trouverez une clientèle toute faite qui vous paiera bien ; nos tarifs sont très modérés, c'est vrai, mais le recouvrement de vos honoraires vous est assuré et cela sans contestations, sans difficultés. D'ailleurs, si vous n'acceptez pas, nous en trouverons bien qui seront moins rigoristes et, dussions-nous faire venir un jeune docteur en quête d'un poste, nous n'hésiterons pas à tout faire pour avoir *un médecin à nous*, qui nous soit dévoué et nous prenne... peu cher.

Ces offres, nuancées de menaces, réussissent parfois, et cela au grand détriment des médecins en général et même de ceux qui ont accepté en particulier. En consentant à être médecin d'une compagnie d'assurances, vous nuisez à tous vos confrères qui pourraient être appelés auprès des clients de cette compagnie ; vous vous nuisez à vous-même puisque, dans les accidents soignés par vous, vous recevez rarement plus que le tarif

général ne vous aurait alloué, le plus souvent beaucoup moins. En tous cas, il y a une chose absolument choquante dans le forfait que veulent imposer les compagnies : l'inégalité fréquente entre la peine et la rémunération. Le forfait, que je comprends entre l'ouvrier et le patron (la compagnie), ne se comprend plus entre le médecin et le patron. Que le médecin fasse une ou dix visites, le prix ne varie pas ; en sorte que pour 10 francs, 15 francs ou 20 francs, vous acceptez : 1° de fournir deux certificats ; 2° de faire les visites ou consultations nécessaires ; 3° de pratiquer les opérations et pansements dits de petite chirurgie. Avec le tarif syndical vous auriez :

1° Deux certificats................	10 fr. »
2° Intervention de petite chirurgie	5 »
3° Chaque visite.................	2 »

Là vous êtes payé au *prorata* de vos peines. Si vous avez fait une visite, la compagnie paiera 17 francs. Si vous avez fait dix visites, elle paiera 35 francs. Quoi de plus juste, de plus rationnel ? Donc, je le répète, pas de forfait, pas de médecins spéciaux, pas de privilèges qui souvent se retournent contre les privilégiés : telle doit être notre conduite ; notre dignité, notre intérêt, nous le commandent.

Certes, vous ne manquerez pas de sollicitations; tous les jours vous serez en face d'inspecteurs de compagnies, gens fort aimables, à langue bien pendue et qui, sachant qu'on ne prend pas les mouches avec du vinaigre, se feront enjôleurs, beaux parleurs, et ne manqueront pas d'éveiller en vous les sentiments les moins nobles pour les faire tourner à leur profit : la cupidité et la jalousie ; ils agiteront à vos yeux le spectre du confrère moins rigoriste et *plus roublard* qui ne reculera pas devant les offres qui lui sont faites pour râfler la clientèle ; ils vous diront qu'ils ont des adhérents en grand nombre et que vous n'êtes destiné qu'à grossir la phalange de leurs médecins *instruits et intelligents*, etc., etc. Si vous leur demandez des noms, vous les embarrassez et c'est à peine si dans le département ils peuvent vous citer deux ou trois confrères ; et encore leur adhésion, le plus souvent, a été le résultat de l'irréflexion ou de la surprise.

C'est ainsi que les compagnies, vis-à-vis des médecins entendent, selon la loi, le respect de la liberté pour la victime de choisir son médecin.

Aux ouvriers, elles disent :

Allez trouver nos médecins, c'est votre intérêt ; car, dans ce cas, pas de difficultés pour le règlement de vos indemnités ou de vos pensions, pas de contestations pour la gravité de l'accident. Et, quand cela est possible, allez dans nos dispensaires, dans nos hôpitaux ; vous trouverez là le dessus du panier des médecins et le confortable le plus rare comme installation.

Mais ce que ne disent pas les compagnies, c'est que ces dispensaires sont souvent tenus par des confrères aux abois ; c'est que leurs hôpitaux sont souvent le lieu où on dorlotte le blessé mais où on s'arrange pour lui refuser ensuite les certificats dont il a besoin pour se faire régler la pension à laquelle il a droit ; c'est qu'on ne craint pas de déclarer guéries des blessures qui ne sont encore qu'imparfaitement cicatrisées, ou bien qu'on ne recule pas devant la divulgation de maladies générales graves, au risque d'apprendre à un malheureux ce qu'il ignorait: l'existence d'une affection incurable. Qu'importent aux compagnies les ménagements dont nous usons si souvent envers nos malades chroniques ? Tous ces faits sont réels : je suis prêt à citer des noms et à mettre des dates sous mes allégations.

Enfin, aux patrons :

Les compagnies déclarent : que leur substitution à lui, en tant que responsabilité, ne peut avoir lieu qu'à la condition *d'obliger* l'ouvrier à s'adresser à leurs médecins. Dans le cas contraire, elles se verraient dans la *nécessité de résilier les polices*.

Voilà comment les compagnies entendent et appliquent la liberté laissée à l'ouvrier de choisir son médecin.

C'est beau de savoir *interpréter* la loi. N'avions-nous pas cent fois raison en disant au début : on accorde *en principe* à l'ouvrier le droit de choisir son médecin ; on met tout en œuvre *en fait* pour lui dénier ce droit. A vous, cher confrère, de ne pas vous prêter à cette entorse à la loi et au droit, à vous de vous refuser à faire le jeu des compagnies qui veulent se servir de nous pour diminuer leurs risques et grossir leurs dividendes : tel ne doit pas être notre rôle. Refusons, refusons sans cesse d'être le médecin de la compagnie X....., quelle qu'elle soit ; et répondons toujours :

La loi ne dit pas que ce sont les compagnies qui sont responsables, mais bien les patrons ; donc je ne connais qu'eux ; et vous, compagnies, légalement, vous n'existez pas à mes yeux ; je vous ignore ; je remettrai ma note à qui me doit, libre ensuite à ce débiteur de vous substituer à lui dans le règlement, cela le regarde ; c'est son affaire. Comment une telle conduite vous déplairait-elle ? Au lieu d'un médecin, vous les avez tous ! Que craignez-vous ? Les notes exagérées ? Nous avons un tarif (1) accepté par les médecins de la Vendée ; nous vous l'appliquons ni plus ni moins ; il n'y a donc pas lieu de redouter des exagérations qui d'ailleurs ne résisteraient pas devant la Justice de Paix. Nous voulons être payés suivant nos peines : c'est pourquoi nous refusons vos tarifs à forfait ; nous voulons que l'ouvrier puisse prendre qui il veut, c'est pourquoi nous refusons d'être *médecins spéciaux attachés à vous compagnies*.

En agissant ainsi, chers confrères, vous aurez sauvegardé votre dignité et vous aurez défendu vos intérêts propres en même temps que ceux de la profession tout entière ; vous aurez montré que les Médecins ne sont plus ces gens veules et indifférents sur lesquels on a toujours daubé parce qu'ils se laissaient faire sans réagir ; qu'ils sont au contraire des gens énergiques, capables de se défendre et de ne plus vouloir jouer le rôle de moutons perpétuellement tondus.

2° *principe : Application du tarif de l'Assistance médicale, au cas où la victime a choisi son Médecin.*

Inutile de vous montrer que c'est la première et immédiate résistance au premier principe ; on ne pouvait lui résister en face ; on a employé tous les petits moyens ci-dessus pour le rendre illusoire, et comme coup final on nous dit : *Si,*

(1) Tout médecin qui n'en aurait pas et qui en désirerait, n'a qu'à s'adresser au secrétaire.

malgré tout, l'ouvrier use de son droit, eh bien, vous médecins, pour vous punir de n'être pas des nôtres, nous vous mettrons au pain sec, c'est-à-dire nous vous appliquerons le tarif de l'assistance médicale : voilà un moyen souverain pour décider le médecin à se rendre à l'appel de l'ouvrier !

Bien entendu, on n'a pas donné la raison vraie et on est venu nous dire : si l'ouvrier choisit son médecin, libre à lui de l'honorer comme il l'entendra ; mais décemment vous ne pouvez rendre le patron responsable de tous les frais médicaux et pharmaceutiques qui pourraient s'enfler démesurément, suivant le caprice de l'ouvrier et, pour fixer une limite raisonnable, nous décidons que le patron n'est responsable que jusqu'à concurrence des honoraires établis pour l'assistance médicale.

Pour arriver à cette conclusion fantaisiste, il a fallu trouver de bons arguments capables d'entraîner la conviction de cette excellente Commission sénatoriale. Tous les arguments peuvent se réduire à quatre principaux : nous allons brièvement les examiner :

1° L'ouvrier était un indigent avant la loi de 1898 ; il reste tel après cette loi ;

2° Le tarif de l'assistance n'est pas si méprisable qu'on semble le dire, puisqu'en cinq ans les soins aux indigents ont coûté plus de 12 millions ;

3° Le tarif ouvrier, que réclament les médecins, n'existe pas pratiquement, puisqu'il varie d'une région à une autre, d'un département à l'autre et même de commune à commune ;

4° Il n'est pas de frein aux exagérations des notes médicales, sans le tarif de l'Assistance qui doit servir de modérateur.

Voyons si ces arguments sont fondés :

1° L'ouvrier était un indigent ; il reste indigent.

Je ne veux pas m'attarder à la distinction faite à la tribune entre l'indigent et l'assisté ; le rapporteur, un peu gêné par l'appellation d'indigent appliqué à l'ouvrier, a cherché une échappatoire en établissant une différence très nette entre *l'indigent par essence*, qui se trouve d'une façon permanente inscrit sur la liste des gens secourus par l'Assistance médicale, le bureau de bienfaisance, etc., et *l'assisté*, qui n'est secouru qu'en cas de maladie ou d'accident, parce que cette modification, dans son existence, amène momentanément une gêne qui oblige qui de droit à le secourir ; en un mot, l'assisté n'est qu'un *indigent de hasard*.

Comme au fond le résultat, au point de vue qui nous occupe, est le même, cette distinction nous importe peu et ne gêne en rien notre réfutation.

M. le Rapporteur est venu dire que, d'après les statistiques qu'on lui a fournies, 80 pour cent des ouvriers étaient des indigents avant la loi de 1898 et continuaient à l'être. Je proteste absolument contre ces chiffres. J'ai voulu me rendre compte, par moi même, si, en pratique, les chiffres se rapprochaient de ceux allégués par M. le rapporteur. J'ai puisé mes renseignements dans deux communes de mon canton où je connais assez les gens pour éviter les erreurs d'interprétation. La première a 3.400 habitants ; sa liste d'assistance comprend 218 noms, ce qui prouve qu'on agit largement dans les inscriptions ; eh ! bien, savez-vous combien, sur cette liste si large, se trouvent d'ouvriers relevant de la loi de 1898 ? *Quatre* ! Et combien y a-t-il, dans cette commune, d'ouvriers protégés par la loi de 1898 ? *Quatre vingt-douze* ! Voilà des chiffres qui parlent.

Dans la seconde, il y a 30 inscrits ; *un ouvrier* relevant de la loi de 1898 sur *vingt-neuf* !

Ainsi, dans ces communes, les ouvriers inscrits sur les listes d'assistance sont dans des proportions infimes : 4,35 % dans la première ; 3,44 % dans la seconde. Et tous les autres seraient assurément froissés et irrités si on venait leur dire qu'ils sont des indigents, sinon dans le présent, au moins dans l'avenir, au moment où un accident se produira. Où donc a-t-on pris ce chiffre de 80 % ? Evidemment, je ne veux pas conclure de mon enquête que les chiffres donnés par moi sont vrais d'une façon absolue et doivent servir de base certaine à une appréciation générale ; mais ils me donnent le droit de suspecter ce chiffre de 80 % et de le considérer comme une pure fantaisie. Cet argument n'est pas à retenir. L'ouvrier, le plus souvent, payait son médecin, avant la loi de 1898 ; pourquoi ne continuerait-il pas après ? Et si le patron est substitué à lui par cette loi, eh bien ! le patron doit payer comme payait l'ouvrier, au tarif ouvrier : quoi de plus rationnel ?

2° Le tarif de l'assistance est rémunérateur suffisamment, s'il ne l'est pas largement.

Je veux croire, je crois à la bonne foi de M. le rapporteur, lorsqu'il est venu très sérieusement soutenir cette thèse à la tribune du Sénat ; pour l'étayer, il a fait encore appel à la statistique et a montré que, dans une période de 5 ans, l'assistance médicale avait coûté plus de 12 millions. Et naturellement les Sénateurs, à ce chiffre, ont fait un haut-le corps sérieux en se disant : Mazette ! Recevoir 12 millions et se plaindre ! Que faut-il donc à ces médecins rapaces ?

Mais, ô très honorable Rapporteur, si vous eussiez appliqué la règle de partage à ce chiffre fabuleux, peut-être eussiez-vous été moins enthousiasmé.

12.500.000 francs en chiffres ronds, pour 5 ans, cela fait par an *2.500.000 francs*. Et comme nous sommes, non pas 12.000 médecins, mais 18.000, cela fait pour chacun la somme de *139 francs par an*, pour soigner les indigents d'une commune. Avez-vous réfléchi, M. le Rapporteur, à ce résultat inattendu ? 139 francs par an pour soigner tous les inscrits sur la liste d'assistance ! Je sais bien que ce n'est qu'une moyenne et qu'il y a des écarts entre le maximum et le minimum. Mais quels que soient les écarts cela est un fait indéniable et facilement constatable. Et lors même que quelques médecins arriveraient à toucher plusieurs centaines de francs, pouvez-vous en conclure qu'ils doivent être très satisfaits de l'application de la loi d'assistance médicale ? La vérité est que les sommes allouées pour l'assistance médicale ne sauraient, à aucun prix, être considérées comme des honoraires ; à peine peut-on les appeler des indemnités de déplacement, des *indemnités de chaussures*, comme les a appelées un des nôtres. Quand nous avons accepté de soigner les indigents à un tarif spécial, nous avons bien voulu coopérer à une œuvre de bienfaisance sociale, dans une large mesure, mais

nous n'avons pas entendu que cette concession se retournât contre nous et qu'on en fît une sorte de base sur laquelle on édifierait toutes les lois nouvelles qu'il plairait d édicter ; en sorte que nous. les rouages indispensables de ces lois, nous en fussions en même temps les victimes. Ce rôle ne nous plaît plus et nous refusons d'être plus longtemps des *machines à dividende.*

Aussi, disons-nous à MM. les Sénateurs : Le tarif de l'assistance médicale n'est même pas une rémunération légère, ce n'est qu'une indemnité dérisoire ; nous l'avons accepté par dévouement, mais croyez-bien que ces sommes sont par trop infimes pour entrer en ligne de compte dans nos budgets ; aussi refusons-nous catégoriquement d'aller plus loin et nous entendons être rémunérés par l'ouvrier blessé comme nous rémunère l'ouvrier malade.

3° Variabilité du tarif ouvrier.

Certes, nous sommes loin de prétendre qu'il existe dans toute la France un tarif dit ouvrier. reconnu et accepté comme tel, en sorte qu'il puisse servir de *criterium* certain dans l'application de la loi-accidents ; mais est-ce que ce reproche ne s'applique pas avec la même force au tarif de l'assistance médicale ? Quoi de plus variable ? Ici la visite est à 50 centimes, là à 1 fr., plus loin à 1 fr. 50, ailleurs à 2 fr. ; certains départements paient les consultations, d'autres les donnent gratuitement ; enfin un certain nombre d'entre eux sont à l'abonnement. Vous le voyez, ce grief de la variabilité se retourne contre le tarif de l'assistance médicale, et en faire un argument contre nos réclamations, c'est méconnaître la réalité des faits.

D'ailleurs, ce grief tombe de lui-même si on considère que, pour éviter les malentendus, l'Union générale des Syndicats consulte tous les Médecins qui en font partie pour établir un tarif ouvrier unique qui puisse être adopté par les deux parties sans léser personne : médecins et clients. Ce tarif présenté lors de la 2e lecture rendrait toute intervention du Conseil d'Etat inutile, et on n'aurait pas à en contester la validité, puisque celui qui recueillera le plus de suffrages, quel qu'il soit, est déjà appliqué sur une grande échelle ; c'est un tarif *pratiqué.*

4° Impossibilité d'endiguer les exagérations des notes médicales.

Nous n'avons pas la prétention de faire passer tous les médecins pour de petits saints ; nous n'hésitons pas à reconnaître que parfois — très rarement, d'ailleurs — certaines notes ont été empreintes d'exagérations ; mais en quoi ces exceptions peuvent-elles influer sur un texte législatif ? Si les notes sont exagérées, n'y a-t-il pas des juges pour les réduire ? S'est-on fait faute d'y recourir à l'occasion ? Ce ne serait là qu'une très mauvaise raison pour appliquer à l'universalité des Médecins le tarif de l'Assistance sous prétexte d'abus de la part de quelques-uns. D'ailleurs n'y a-t-il pas un moyen très simple de remédier à ce défaut ? Un juge de paix de Paris l'a trouvé et appliqué au plus grand profit des parties ; il a fait désigner à la compagnie d'assurances un expert ; au Syndicat des Médecins de la Seine, je crois, il en a demandé un autre ; et il a prié ces deux arbitres de se mettre d'accord. ce qui a été promptement fait. Pourquoi ne pas tirer de là un système très simple en cas de contestations d'honoraires ? Que dans chaque département les compagnies désignent un expert appartenant à leur administration ; que le Syndicat des Médecins en fasse autant de son côté ; vous aurez alors une sorte de tribunal d'arbitrage présidé par le juge de paix, et les contestations seraient vite réglées, sans frais.

De la sorte, les exagérations qu'on nous reproche seraient enrayées et l'argument qu'on en tire tomberait de lui-même.

Conclusions.

1° L'ouvrier a le droit de choisir son Médecin ; ce droit doit être effectif et nous devons tout faire pour empêcher qu'on ne le rende illusoire. Le meilleur moyen, c'est que *tous les Médecins* refusent d'être les agents des compagnies et conservent leur complète indépendance ; l'indépendance du médecin entraînera fatalement la liberté de l'ouvrier.

2° Le tarif de l'assistance appliqué aux accidents du travail est un non-sens doublé d'une injustice. Nous le refusons nettement et c'est pourquoi nous félicitons hautement le Sénat de l'avoir remplacé par le tarif ouvrier.

Le vote du Sénat, en première lecture, nous a donné raison ; il est de toute nécessité que le Sénat ne se déjuge pas en seconde lecture. *Aussi, dans ce but, avons-nous prié MM. les Sénateurs de la Vendée de vouloir bien entendre nos explications et écouter nos arguments. Ces Messieurs — nous les en remercions vivement — ont bien voulu recevoir le Bureau du Syndicat, le 23 août dernier ; ils ont prêté une oreille bienveillante à nos réclamations et nous ont assuré de leur précieux concours.* Nous avons ainsi agi (1) avec toute l'énergie possible pour faire aboutir notre projet : à vous, chers confrères, de nous aider en résistant à toutes les sollicitations dont vous pourriez être l'objet. Le Bureau du Syndicat a fait son devoir ; il ne faut pas que les confrères séparément oublient le leur.

Bien d'autres questions mériteraient d'être étudiées à propos de cette loi ; nous les négligerons pour le moment, mais nous terminerons sur cette prophétie qui demain sera une réalité : La loi de 1898 semble intéresser médiocrement les médecins de la Vendée, parce que nous ne sommes pas un pays industriel ; avant peu, cette loi s'étendra à toutes les catégories d'ouvriers, *y compris les ouvriers agricoles*, et alors elle deviendra pour nous une loi capitale ; qu'on se le dise.

Pour le Bureau :

Le Secrétaire,

Dr Barbanneau.

(1) N.D.L.R. — Nous nous sommes empressés de publier cette circulaire du Bureau du Syndicat de la Vendée, qui, comme celui du Rhône, est allé voir les Sénateurs du département. Allons, Messieurs les Présidents, hâtons-nous de suivre ces exemples d'initiative.

REPORTAGE MEDICAL

Le dispensaire anti-alcoolique de Paris.— La *Revue de l'hypnotisme* analyse ainsi en quelques mots la communication de M. le Dr Bérillon, au Congrès de Pau (1904), sur cet intéressant sujet.

« Depuis quelques mois, le traitement des alcooliques est entré en Russie dans une phase nouvelle. Les pouvoirs publics, donnant au traitement par la suggestion hypnotique une consécration officielle, ont provoqué la création d'ambulances anti-alcooliques à Saint-Pétersbourg, Moscou, Ekaterinoslaw et dans plusieurs autres villes. Les municipalités ont fait connaître aux intéressés, par voie d'affiches officielles, l'efficacité de la suggestion hypnotique dans le traitement de l'alcoolisme. Immédiatement, ces consultations externes ont été envahies par un nombre considérable de malades.

Il convient de rappeler que c'est en France que l'efficacité du traitement par la suggestion hypnotique a été mise en évidence. Dans des communications antérieures et en particulier aux Congrès des aliénistes de Nancy (1896) et Grenoble (1902), nous avons démontré que le traitement le plus efficace des habitudes d'alcoolisme devait consister dans la rééducation de la volonté réalisée par un traitement psychologique.

Les causes qui ont provoqué l'habitude de boire étant fort variées et la résistance des maladies à l'impulsion étant très différente, la cure du buveur doit avant tout reposer sur une étude de psychologie individuelle. Cette étude nécessite de la part du médecin traitant non seulement des connaissances psychologiques assez approfondies mais aussi une compétence toute spéciale dans l'application de l'hypnotisme et de la suggestion.

Jusqu'à ce jour, il était presque impossible pour un buveur désireux de se guérir, de trouver au-dehors de l'asile d'aliénés, les divers traitements et la direction morale nécessaires pour arriver à la guérison. Il en résultait que beaucoup de sujets bien intentionnés, ne pouvant interrompre leurs occupations professionnelles sans compromettre leur situation et celle de leur famille, renonçaient à toute tentative de traitement.

C'est pour faciliter le traitement à une nombreuse catégorie de malades, d'autant plus intéressants qu'ils ne présentent pas encore de troubles mentaux accentués, que le dispensaire anti-alcoolique a été créé. Bien qu'il existât en fait depuis plusieurs années, l'inauguration en avait été retardée. Elle a été faite récemment sous la présidence de M. le Dr Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière, assisté de MM. les Drs Legrain, médecin de Ville-Evrard et Félix Regnault, professeur à l'Ecole de psychologie.

Le traitement appliqué au dispensaire anti-alcoolique est à la fois psychologique et symptomatique. Il repose sur l'association de la suggestion hypnotique avec les divers procédés les plus capables de soutenir l'énergie du malade, de reconstituer les forces physiques et d'amener à la rééducation de sa volonté.

Les affaires sensationnelles du moment. — Nous nous sommes abstenus de parler des affaires médicales sensationnelles qui ont récemment defrayé la grande presse : attentat contre le Dr Vallon, poursuites contre le Dr Fort, procès Doyen. Il nous convient, en effet, de mettre plus de réserves que ne le font les interwievers, dans des questions comme celles-là. Constatons seulement que M. Vallon a droit à toutes manifestations sympathiques et que M. Fort a été l'objet d'attaques bien déplacées. Quant au procès Doyen il serait curieux qu'il se déroulât, comme le disait le *Matin*, auteur de la question : « remèdes secrets et illicitement vendus ». Le Congrès d'exercice illégal guetterait alors l'arrêt avec une vive impatience.

Cures thermales simples ou cures mixtes aux stations thermales. — On commence à se demander s'il est rationnel et sage de joindre à l'action des eaux thermales tout cet arsenal de médications diverses qui s'accumule dans bon nombre d'entre elles. Les uns applaudissent en y voyant instituer la massothérapie, les gymnastiques étrangères, le traitement psychologique et moral, etc.. Mais d'autres croient remarquer que praticiens et public en arrivent à attribuer les guérisons à ces traitements accessoires, à tomber dans le scepticisme absolu au sujet de l'action des eaux elles-mêmes ; ils croient que ceci conduira les malades à négliger la cure thermale et à courir dans les Instituts d'agents physiques que possèdent beaucoup de villes. Il serait intéressant d'enregistrer, sans parti pris, l'avis éclairé des médecins de villes d'eaux sur les conséquences probables de la tendance que nous venons de signaler.

Faculté et hôpitaux.

Concours. — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, sera ouvert, le mardi 15 novembre 1904, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 14 novembre 1904, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, de midi à trois heures, du vendredi 7 octobre au samedi 22 du même mois inclusivement.

Cours de vacances. — Un cours de vacances de radiologie médicale, fait par M. A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, aura lieu tous les jours du dimanche 16 octobre au dimanche 23 octobre.

Le matin à 10 heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Le matin à 11 heures. Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliquée à l'exploration des organes thoraciques. Le soir, à 2 heures, exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine ; il commencera le dimanche 16 octobre à 10 h. du matin, dans la salle de conférences de Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs ; les exercices auront lieu à partir du lundi 17 octobre dans le laboratoire de M. Béclère.

L'*Institut de médecine coloniale* a été rattaché à la Faculté de Médecine de Paris. L'institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours dureront deux mois et demi.

Pourront s'inscrire les étudiants en médecine ayant 16 inscriptions et les médecins français et étrangers.

A la fin des cours les élèves subiront un examen et obtiendront un diplôme.

La session de 1904 commencera le 17 octobre et sera terminée vers le 25 décembre.

Les cours théoriques auront lieu à l'école pratique de la Faculté. L'enseignement clinique et pratique sera donné à l'hôpital d'Auteuil (Hôpital des Dames françaises, 93, rue Michel-Ange.) Les droits à verser sont de 150 francs.

Droit d'immatriculation : 20 francs.
Droit de bibliothèque : 10 francs.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année | N° 43 | 22 OCTOBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY.

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La nouvelle Affaire.

A cette époque de l'année, période de préparation de nos assemblées générales et de retour des vacances, notre Bureau offre toujours une certaine animation et bien des fidèles s'y donnent rendez-vous pour échanger des vues sur les questions du jour.

Cette bonne habitude fait bien l'affaire de votre chroniqueur, mes chers confrères ; il se trouve ainsi renseigné sans avoir à tirer toutes les sonnettes, et n'a plus qu'à dégager la note juste parmi les observations que lui apportent nos camarades.

Mais ce n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire.

Hier, par exemple, à propos des polémiques de nos chirurgiens en vedette, on se serait cru revenu aux jours les plus agités de l'Affaire, où certains emballés tombaient à bras raccourci jusque sur ceux qui, par crainte d'inutiles divisions, répétaient : « N'en parlons pas avant de savoir ce qu'il y a de vrai dans tout cela. »

Donc, le 15 octobre, nos amis arrivaient, l'un après l'autre, avec des quotidiens pleins leurs poches, et venaient sommer, en quelque sorte, le *Concours médical*, d'entrer dans la mêlée des bistouris.

Mais nous nous abstenions dans le plus parfait silence, enregistrant le pour et le contre sans le moindre parti-pris, entassant les interviews et les découpures, les filets et les racontars, atténuant les indignations excessives, laissant opposer doyen à Doyen, officiels à indépendants, professeurs à non titrés, etc...

Au cours de la nuit (qui porte conseil, dit-on) nous comptions dégager de tout cela quelques conclusions bien senties et d'allure dogmatique, capables de devenir des opinions toutes faites à l'usage de ceux qui les aiment ainsi.

Or, nous nous sommes relevé avec un découragement profond et une simple pointe de migraine déontologique qui ne nous porte pas à la gaîté.

Quoi ! tous ces hommes qui s'isolent et s'abstiennent, dans une olympienne sérénité, quand nos journaux de médecine discutent des plus nobles intérêts de notre profession, ces maîtres qui ne livrent leurs vues qu'avec la plus extrême réserve si elles sont destinées aux colonnes d'un organe professionnel comme celui-ci ; quoi ! ils tiennent porte ouverte à tous les reporters pour leur livrer du linge sale, discuter des questions de gros sous, de jonglerie avec le secret professionnel, de « sérotapie » (le mot *est du confrère et ami le sénateur Treille*), etc., etc .? Ils se jettent au nez leurs procédés, leurs rivalités de congrès et de communications retentissantes, s'accusent d'arrivisme, de réclame faite sur des sujets ou des cadavres illustres, de visites faites en cachette à des malades, de toute sorte de braconnages ; et c'est devant la galerie hostile et soupçonneuse qu'ils font pareil déballage ?

Ah, nous comprenons bien maintenant que, dans un pareil milieu, on ait peu de goût pour les Syndicats et leurs arbitrages, pour la solidarité que nous poursuivons, nous, bourgeois et prolétaires de la profession. Il s'est trouvé parfois de ces médecins titrés qui ont dit, par ignorance ou par dédain calculé : « Le Concours mé-

dical », qu'est-ce que c'est qué cela ? Mais ils étaient pour l'Ordre des médecins (saluez !), et auraient peut-être siégé dans ses conseils, nous imposant la réserve et le désintéressement dont ils nous donnent de si belles preuves. Ils auraient sauvegardé, sur notre dos, le prestige de la profession dont ils font si joli cas aujourd'hui. Ah ! elle est bien bonne... ou bien triste.

Et il faudrait prendre parti, au nom de la déontologie, dans cet échange public de gros mots qui déconsidèrent le corps médical ? Migraine à part, c'est impossible.

Non, non, chers confrères, passons notre chemin et occupons-nous de nos affaires : celle-là n'en est pas; elle est du ressort de Barnum puisqu'elle se règle sur les tréteaux de l'interview. « Peut être même a-t-elle été montée ainsi, nous disait quelqu'un, pour la plus grande réclame de tous les artistes ! »

Au fait, s'il en était autrement, la salle de la Société de chirurgie eût été le théâtre indiqué. Et personne ne semble y avoir même songé.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les bouillies et le bouillon de légumes dans l'alimentation de l'enfance.

M. le Dr Demarque a consacré sa thèse à l'étude de l'alimentation des enfants par les féculents à l'exclusion du lait, en cas de gastro-entérite. Le but de cette méthode est, soit de faciliter la diète hydrique pendant quelques jours seulement, soit même de donner un aliment suppléant le lait pendant tout le temps que cet aliment cesse d'être supporté et devient pour lui un poison véritable.

Dans le premier cas, on s'est servi de décoctions simples de fécules ou de bouillons, M. Mérya préconisé le suivant :

Carottes................	400 grammes.
Pommes de terre........	300 grammes.
Navets..................	100 grammes.
Pois et haricots secs.....	80 grammes.
Sel marin...............	35 grammes.

pour 7 litres d'eau.

On laisse bouillir quatre heures et on recueille le bouillon en jetant les légumes. Le bouillon doit être employé frais et préparé tous les jours. (*Revue des Maladies de l'Enfance.*)

Mais d'autres auteurs ont proposé une alimentation dont les féculents composeraient la meilleure partie et qui présenterait une valeur calorique sensiblement égale à celle du lait.

Ces conditions sont réalisées dans l'aliment préconisé par Keller sous le nom de soupe de malt.

Voici le mode de préparation de la soupe de malt, tel qu'il est indiqué par Keller :

Pour en préparer un litre, on prend 50 grammes de farine de froment, un tiers de litre de lait de vache, 100 grammes d'extrait de malt et deux litres d'eau tiède. La farine est délayée et battue dans le lait froid, afin d'éviter la formation de grumeaux. D'autre part, l'extrait de malt doit être délayé tout d'abord dans une petite quantité d'eau et ne doit être ajouté au lait que peu d'instants avant son ébullition.

Pendant toute la durée de l'ébullition, on ne cesse de remuer la soupe, qui doit rester parfaitement liquide à cette température élevée.

Cette préparation, liquide, facile à prendre, présente le grand avantage de posséder un pouvoir nutritif à peu près égal à celui du lait et peut, par conséquent, être continuée pendant très longtemps. Elle a malheureusement un inconvénient grave : la grande quantité de malt qu'elle contient oblige, pour avoir de bons résultats, à employer du malt d'excellente qualité, ce qui n'est pas toujours possible, même en Allemagne et en France, et rend son application limitée à de très rares exceptions.

Au point de vue de l'application pratique des

FEUILLETON

Apothéose des criminels.

Ses dangers.

Il est vraiment devenu nécessaire d'attirer l'attention des pouvoirs publics et du préfet de police en particulier sur la publicité exagérée qui est accordée à tous les crimes, les plus horribles comme les moins avouables, ceux en particulier sur lesquels il conviendrait de faire le silence.

Il y a des journaux qui sont à moitié remplis par le récit des méfaits des gredins de tout acabit. On publie leurs portraits, on fait leur biographie, on les met en vedette, de telle façon, qu'en dehors de la leçon de choses donnée aux déséquilibrés en quête d'un bon coup, on surexcite leur vanité, souvent pathologique ou ridiculement exagérée, au point de leur faire souhaiter d'avoir aussi les honneurs de la première page des gazettes.

Ils en arrivent peu à peu à être pris du désir de faire parler d'eux, à leur tour, de devenir l'objet de toutes les conversations.

Sans compter que cette abondance d'actes coupables, se répétant régulièrement, familiarise peu à peu les futurs assassins, les jeunes détraqués qui ne redoutent pas un tour à la Nouvelle, avec l'idée de jouer du couteau à la première occasion.

Tous les mauvais instincts de ces vilains drôles, de ces gamins vicieux qui occupent si fréquemment le siège d'infamie, à la correctionnelle ou aux assises, sont surexcités à leur summum par la lecture des feuilles du matin ; ils n'hésitent plus, au bout d'un certain temps d'obsession, à tuer la vieille femme, sans défense dans sa maison, pour s'emparer de la sacoche qui leur permettra de faire bonne chère et de se vautrer dans de crapuleuses orgies.

C'est tellement vrai que c'est dans les lupanars ou dans les bras avinés de quelque fille de barrière, qu'on retrouve les coupables, dès qu'une bonne piste a mis sur leurs traces.

L'influence du mauvais exemple sur les cerveaux faibles n'est plus à démontrer; elle est incontestable et a été signalée depuis longtemps par les légistes et les aliénistes. Legrand du Saulle y a jadis longuement insisté et ses travaux sur ce point n'ont pas cessé de faire autorité.

Dès lors pourquoi induire en tentation la tourbe toujours menaçante des alcooliques, des épileptiques, des dégénérés, des envieux, des paresseux, etc. Une goutte d'eau suffit pour faire déborder le vase ; un simple fait-divers est capable de mettre

féculents, nous nous trouvons donc en présence de deux méthodes très différentes :

L'une, fournissant de parti-pris une alimentation insuffisante, simple méthode de transition, très précieuse dans certains cas, mais qui veut être suivie rapidement d'un autre régime ;

L'autre qu'on peut prolonger longtemps, mais qui présente ce grave défaut de n'être applicable que dans des conditions bien déterminées, rarement rencontrées en France.

Une autre soupe de malt, préconisée par M. Beauvy, a été essayée dans le service de M. Sevestre. Dans cette soupe, les divers ingrédients qui la composent ont été calculés de façon à représenter, au litre, une valeur d'environ 800 calories, légèrement supérieure à la valeur calorifique du lait de vache : 750 calories par litre en moyenne. En outre, on y ajoute de l'extrait de malt, mais en quantité très petite, et juste suffisante pour produire la liquéfaction du produit qu'il transforme en un liquide facilement utilisable. Il résulte de ce fait cette conséquence importante que la provenance de l'extrait de malt n'a plus le même intérêt que dans l'aliment de Keller.

Le mélange se compose d'un tiers de lait de vache et de deux tiers de litre d'eau, 120 grammes de farine de froment et 25 grammes de sucre (que, pour plus de facilité, on emploie en sirop).

Voici le mode de préparation employé :

Après avoir mêlé l'eau et le lait, on détrempe la farine dans une très petite quantité de ce mélange, puis on ajoute peu à peu tout le reste. On fait cuire ensuite pendant une dizaine de minutes, jusqu'à ébullition, la bouillie ainsi obtenue, ce qui donne une masse épaisse assez analogue à la colle de pâte. Puis on laisse refroidir.

Lorsque le mélange est suffisamment refroidi, à 70° environ, on ajoute une cuillerée à café de malt. On obtient ainsi une bouillie parfaitement liquide, qu'on peut administrer soit à la cuiller, soit au biberon.

Quant à la farine employée, elle peut être variable. On peut se servir de farine de froment, aussi bien que de toute autre farine de céréales, à condition de n'user que de farines fraîches, dont l'acidité est beaucoup moins marquée que celle des farines plus anciennes.

De toutes ces préparations, bouillies ou décoctions, laquelle remplit le mieux le but thérapeutique qu'on désire atteindre ? M. Demarque fait remarquer qu'on peut administrer les féculents suivant deux méthodes : l'une, atténuation de la diète hydrique, de valeur nutritive faible et d'emploi forcément très transitoire, l'autre où l'on emploie un aliment de valeur nutritive sensiblement égale à celle du lait, et qui peut par conséquent être continuée pendant longtemps. (*Journal de Championnière.*)

Lorsqu'on veut appliquer la première méthode, le système du bouillon de légumes imaginé par M. Méry paraît le plus recommandable. Dans le cas contraire, on peut employer une bouillie maltée, composée d'une façon analogue à la soupe de malt allemande, mais où, par suite du mode de préparation, la quantité d'extrait de malt employé est très minime, ce qui rend l'application pratique facile dans la majorité des cas.

Les récidives de la Diphtérie.

D'après M. le Dr Abel Gérard, dans sa thèse, la diphtérie peut récidiver dans un laps de temps relativement court.

Il y a récidive, qu'il y ait contagion nouvelle ou auto-diphtérisation, pourvu qu'un intervalle de 3 à 4 semaines, avec absence complète de manifestations morbides, sépare les deux atteintes.

Ces récidives semblent indiquer une sorte de prédisposition à contracter la maladie.

Elles surviennent souvent pendant la convalescence, à la faveur d'une infection secondaire : rougeole, scarlatine, etc.

Elles sont, en général, moins graves que la première atteinte, mais dans 1/3 des cas elles le sont davantage.

Toutes les fois qu'un enfant a surmonté une

---

en activité les levains pervers, auxquels je viens de faire allusion.

Sans doute, on ne peut pas empêcher la presse d'être loquace et de se complaire dans le scandale, dans les récits graveleux et les aventures extra-légales. Je sais aussi que les journalistes ont contribué parfois à seconder la police, à faciliter la découverte d'un crime ; utilisez leur flair, soit, lorsque c'est nécessaire, lorsqu'il s'agit de dissiper les ténèbres et de faire intervenir toutes les perspicacités du public ; mais lorsque cette intervention n'est pas nécessaire, pourquoi tant étaler les horreurs qui affligent tous les honnêtes gens ? — Car enfin, sans les communiqués de la préfecture, les grandes et les petites feuilles ne seraient pas aussi bien renseignées.

Evidemment, il y aurait lieu, pour la vulgarisation des dossiers, de la restreindre au strict nécessaire; pour la même raison que les tribunaux prononcent le huis-clos, de façon à interdire la reproduction des débats, lorsqu'il s'agit de délits sexuels. Il y a même des actes de débauche qui ne sont pas sanctionnés par notre législation et échappent à toute répression, tant il semble que le législateur ait redouté d'en divulguer les turpitudes. Voici ce que le Dr Toulouse écrivait récemment à ce sujet à l'occasion du procès de deux jeunes délinquants, appartenant à la haute société :

« Une cause ordinaire d'étonnement est que l'acte principal de ces méfaits puisse échapper à toute répression. Il s'agit justement d'examiner si le délit sexuel, qui ne s'accompagne d'aucune tromperie ni d'aucune violence, ressortit plus à la justice qu'à la morale ou à la pathologie, et doit être poursuivi dans le grave appareil d'une action judiciaire. Sinon, il est dangereux, pour cette morale dont la peine devient un auxiliaire maladroit, de créer par le tribunal des *foyers de contagion* ; et il est incongru de convoquer solennellement un aréopage de juges — véritable Cour d'amour morbide — pour apprécier quelques jeux obscènes.

La loi ne punit pas tout ce qui est mal. La trahison et le mensonge ne tombent pas sous son action. Est-ce que pourtant la morale publique n'est pas heurtée par eux ?..

....

« Quant aux fantaisies vicieuses de quelques détraqués, je crois que la loi française a bien fait de les passer sous silence. Et ce principe doit être plutôt étendu que restreint. Des cas, comme celui qui est l'occasion de cette étude, relèvent assurément plus de la morale et de la médecine que de la justice. Il nous appartient de soigner ces pervertis, sur lesquels les magistrats ne peuvent avoir aucune influence bienfaisante. »

★

infection diphtérique, on doit l'éloigner de l'atmosphère d'infection dans lequel il se trouve. Peut être serait-il nécessaire d'instituer des séjours de convalescents ; on éviterait ainsi bien des récidives.

Si le séjour dans cette atmosphère se prolongeait au delà de 3 ou 4 semaines, il serait bon d'injecter au convalescent du sérum à titre préventif et de pratiquer pendant longtemps des lavages de la gorge et du nez.

Quand, dans la convalescence d'une diphtérie, survient une infection secondaire, même après 2 ou 3 semaines, il sera prudent d'agir de la même façon.

Si dans une famille, on est appelé pour une diphtérie, on prendra, vis-à-vis des frères et des sœurs du malade, des mesures prophylactiques sévères, même s'ils ont été touchés par une diphtérie antérieure.

Le traitement sera celui des doses fortes de sérum antidiphtérique.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital des Enfants-malades : M. le Dr A. Broca.

Gangrène par thrombose latente du sinus latéral.

J'ai à vous rendre compte d'une autopsie qui, pour nous tous, fut une surprise, car aucun de nous n'avait même songé au diagnostic exact ; et j'ajouterai que, malgré mon expérience aujourd'hui grande en chirurgie mastoïdienne, le cas s'est présenté sous une forme clinique que je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer.

Le 6 octobre, à 7 heures du soir, je fus appelé d'urgence pour examiner une enfant admise une heure auparavant, et chez laquelle l'interne de garde se demandait s'il ne s'agissait point d'une appendicite justiciable de l'opération immédiate ; et je reconnais que cette opinion pouvait par certains côtés se soutenir.

Je trouvai, au lit n° 16 bis de la salle Bilgrain, une fille de 11 ans 1/2, d'assez belle apparence, en proie à un état infectieux évident et grave ; faciès pâle, yeux excavés et peu brillants, lèvres sèches, langue sale, à bords rouges, à surface couverte d'une épaisse saburre, délire de paroles, température à 40°, pouls à 160 ; le tableau était caractéristique.

Pourquoi cet état ? Je vous répète que mon interne soupçonnait une appendicite, en raison de certains symptômes abdominaux. Le mal avait débuté 13 jours auparavant, brusquement, le matin à 8 heures, par une vive céphalalgie, de la fièvre et des vomissements verts. Au 3e jour, et quoiqu'il n'y eût point de constipation, un médecin administra une purgation, après quoi les vomissements cessèrent, mais fièvre et céphalée persistèrent. Il en fut ainsi pendant une semaine ; puis à ce moment, soit au 10e jour de la maladie, les vomissements recommencèrent, avec diarrhée, et cette fois avec une douleur abdominale accrue les jours suivants.

Fièvre, vomissements verts, douleur abdominale, il y avait de quoi faire penser à l'appendicite et l'examen local confirmait jusqu'à un certain point cette hypothèse, car le ventre était légèrement ballonné et partout un peu sensible à la pression, et à droite il était un peu douloureux.

Mais l'analyse plus précise des signes et symptômes me fit repousser ce diagnostic. Pour une péritonite à la période ultime, le ventre était relativement souple, peu météorisé. A droite, le point mat et douloureux était situé très haut, et il me parut continu avec le foie hypertrophié. Le pouls était fréquent, mais égal et assez bien frappé. D'autre part, il ne fallait pas oublier que si une douleur abdominale existait depuis trois jours, pendant dix jours il n'en avait pas été question, mais seulement de fièvre et de céphalalgie. En outre, je vous répète souvent que la diarrhée est relativement rare pendant les attaques chaudes d'appendicite. Enfin, une péritonite diffuse appendiculaire ne dure pas 13 jours, et

---

M. Roussel-Despierres soutient aussi (*L'idéal esthétique* p. 120) qu'en entretenant l'imagination populaire du récit de crimes affreux, les journaux causent à la morale un grand tort : « Ils accoutument l'âme à des spectacles que, l'habitude de contemplations esthétiques lui rendrait intolérables. Or, la moralité aussi est surtout une habitude ; elle réside dans l'esprit comme dans le cœur. Il faut soustraire ces horreurs à la curiosité des jeunes intelligences ; la pornographie même offre moins de dangers. »

Cette tendance à étaler le laid, à le mettre en vedette, rappelle l'erreur des naturalistes qui ont promené sur la société de leur temps et sur la nature humaine une curiosité ennuyée et méprisante : « Ils n'ont cherché dans le spectacle varié de la vie que des motifs à satisfaire leur humeur morose. Ils ont, de parti pris, négligé tout ce qu'elle offre aux regards de noble et de touchant pour n'en apercevoir que les misères et les laideurs, parmi les mobiles de notre conduite, ils n'ont accordé d'intérêt qu'aux poussées de l'instinct. Incapables de comprendre les idées, ils ont cru, de bonne foi, que tout se ramène à la sensation. Faute de se hausser aux régions de l'humanité supérieure, ils se sont rangés à nier ce qui les dépassait. » (René Doumic).

On peut adresser le même reproche au roman-feuilleton, si cher aux concierges et aux dames des halles, qui manque d'impartialité et a si souvent dégénéré en pamphlet, depuis Eugène Süe. — Les exploiteurs de ce genre de marchandise se complaisent dans le crime, dans l'horrible, dans les attentats sournoisement ourdis ; s'il y a par exception un personnage vertueux ou méritant dans leurs œuvres, c'est toujours un représentant du peuple, qu'ils ne cessent de flagorner et d'encenser, et jamais un personnage des classes dites élevées. Les prêtres, les nobles, les bourgeois, les juges, les maîtres, les patrons, les chefs d'usine ou d'administration, sont généralement des fripouilles, des gredins qui dissimulent leur fourberie sous de fallacieux dehors ; — à en croire ces injustes censeurs, il n'y aurait jamais eu de bons chrétiens, de saints prêtres et surtout de Jésuites estimables, de religieuses dévouées, de magistrats intègres, de propriétaires généreux.

On ne s'imagine pas, à moins de l'avoir lu, ce que peut entasser de scélératesses un homme du monde, un comte ou un marquis de romans-feuilletons.

Maurice Talmeyr se demande (*Revue des Deux-Mondes*, 1er septembre 1903) s'il n'y a pas là dans cet homme de salon, montré sous un aspect révoltant, un certain virus anarchiste, et, sous une certaine forme, un peu de cette dynamite dont on charge les bombes.

Il fait aussi remarquer que si les gens du monde

dans une forme localisée avec péritonite terminale, on aurait dû trouver au bout de ce temps les signes physiques d'un abcès. Or, la tuméfaction douloureuse située vers l'hypochondre ne me faisait pas, je vous le répète, l'impression d'en être un.

Pourquoi donc cette infection ? Auscultés en avant, les poumons respiraient normalement ; aucun bruit morbide au cœur, et je pensai, finalement, soit à une fièvre typhoïde, soit à une de ces septicémies de cause inconnue dont vous avez vu récemment un exemple.

Le lendemain matin, la situation avait changé, et dans la nuit s'était considérablement aggravée : les vomissements ne s'étaient pas renouvelés, mais le pouls, toujours à 160, était dépressible et fuyant, l'enfant était prostrée, adynamique, avec yeux caves et ternes, avec langue sèche, avec lèvres minces et cyanosées. D'autre part, la douleur abdominale à droite et au dessus de l'ombilic, avec défense musculaire, avait sûrement augmenté, et mes internes avaient tendance à croire à une appendicite sous-hépatique méconnue. Pour en avoir le cœur net et tout en m'en tenant à mon diagnostic, comme il n'y avait rien à perdre, j'incisai sur la région douloureuse : foie volumineux, péritoine absolument sain, et l'enfant succomba à 5 heures du soir.

Et voici, maintenant, l'examen des pièces.

Rien dans le ventre, rien au cœur ni au péricarde. Mais la plèvre droite contient 800 gr. environ de liquide séreux, jaunâtre, un peu louche, très fétide, et les deux poumons sont farcis d'infarctus gangréneux, ramollis, variant comme volume de celui d'une lentille à celui d'une noisette.

De tout cela, l'examen complet du cadavre fait trouver la cause dans l'oreille droite, par laquelle s'écoule du pus sanguinolent. Le cerveau et les méninges sont sains, mais le sinus latéral est thrombosé du coude au golfe de la jugulaire ; le rocher est noirâtre, carié, toute l'oreille moyenne est pleine de détritus putrilagineux, d'odeur infecte.

Après ces constatations, le cas devient banal, car on connaît bien, maintenant, la fréquence de la gangrène pulmonaire, au cours des vieilles otites compliquées de thrombose. Et dès lors, vous vous dites peut-être que la seule particularité du cas consiste à avoir donné naissance à une erreur de diagnostic par examen incomplet.

D'abord je reconnais que, sur cette enfant à symptomatologie abdominale, l'auscultation en arrière a été omise, d'où peut-être la méconnaissance de l'épanchement pleural. Toutefois, je crois que, la veille au soir, nous n'eussions rien entendu, et que précisément l'aggravation des accidents pendant la nuit a correspondu à la formation de la pleurésie putride. Deux fois déjà, j'ai vu ces épanchements putrides terminaux devancer la mort de quelques heures seulement, au cours de gangrènes pulmonaires par otite à diagnostic bien établi.

Mais, surtout, je n'ai pas tenu compte d'une otorrhée droite légère, il est vrai, mais ancienne; car, sur l'observation recueillie au moment même de l'admission, l'otorrhée est notée, avec début à l'âge de deux mois. On y parle même de plusieurs opérations faites, à partir de l'âge de 5 mois, à l'hôpital des Enfants-Malades. Mais il n'y avait certainement aucune cicatrice à la région mastoïdienne ; rien n'attirait l'attention sur l'apophyse, sur le cou. Or c'est la première fois que j'observe semblable thrombose ainsi compliquée. sans trace de propagation cervicale autour de la jugulaire enflammée. Et ici, l'autopsie démontre bien que la phlébite s'arrête au golfe, ne descend pas du tout au cou. L'absence de toute réaction mastoïdienne est moins surprenante, et bien des fois déjà je vous ai fait constater, en opérant, des lésions osseuses considérables dans la profondeur de l'oreille moyenne, alors qu'à la surface il n'y avait ni rougeur, ni tuméfaction rétro-auriculaire, ni même douleur à la pression sur l'apophyse.

Si donc j'avais attribué à l'otorrhée, lors de mon premier examen, l'importance qu'elle méritait, je n'aurais pas été arrêté dans le diagnos-

---

sont représentés comme des bandits, les ouvriers, en revanche, ont toujours des physionomies touchantes et héroïques : « Reprenez ces mêmes feuilletons des grands journaux populaires actuels, où évoluent tous ces brigands de salon, et vous y trouverez, en regard, le bon matelot, la sympathique femme de chambre, le brave garde forestier, la bûcheronne hospitalière, l'excellent maire du village, le régisseur idéal. On n'imagine pas les mérites de toutes ces natures exceptionnellement bonnes et rares, leur dignité, leur entêtement dans le bien, leur extraordinaire perfection.

« Dans la *Grande Iza*, Maurice, ouvrier en bronze, a toutes les vertus. Il est intelligent, doux, poétique, vaillant, rêveur, s'empoisonne par amour et ne serait pas complet, si, avec toutes ces qualités, il ne passait pas en cour d'assises pour un crime qu'il n'a pas commis. Il y passe et le voilà martyr ! Toutes les lectrices vont pleurer et leur cœur, après avoir battu pour Maurice, battra aussi pour Chadi, un ciseleur bâti comme un chêne avec l'air sympathique et bon, ainsi que pour Denise, sa maîtresse, une blanchisseuse qui n'en est pas moins l'honnêteté, la fidélité, l'ordre, l'économie, le travail, et même, aussi, je crois bien, la vertu en personne !

« Le roman-feuilleton, plaide pour la fille-mère, légitime ou poétise son inconduite ; il établit qu'il n'y a pas de procès criminel où l'on ne puisse déceler une erreur judiciaire. On ne voit plus dans les journaux, que des réhabilitations de condamnés, des *interviews* de forçats questionnés par des reporters élégiaques, qui les présentent aux lecteurs comme des victimes mystérieuses.

« Avec ses personnages conçus et mis sur pied selon une tendance sociale, il peut créer cette chose effrayante qu'est une mentalité populaire. Par le simple moyen de ses marionnettes, affublées de certaines têtes, tirées par certaines ficelles, il arrive en un demi-siècle, à orienter la masse des esprits vers ce qui sera la mort ou la vie de la Société. Est-ce qu'une pareille puissance ne doit pas faire trembler ou plutôt faire réfléchir et inspirer d'énergiques résolutions.

« On a dit que la vie d'un homme finit toujours par ressembler à ses rêves. Est-ce que la vie d'un peuple ne pourrait pas finir par ressembler à ses romans. »

Je laisse mes lecteurs sous l'impression de crainte que doivent leur inspirer l'imposture et la légèreté de la presse ; je persiste plus que jamais à réclamer plus de réserve, plus de prudence, plus de bonne foi, moins de mercantilisme : *Caveant consules* !

Dr Grellety (de Vichy).

tic par l'intégrité apparente de l'apophyse, mais bien par l'absence de toute phlébite cervicale, laquelle n'a jamais manqué, jusqu'à présent, dans les cas soignés par moi. C'est pour cela que j'ai négligé un précepte sur lequel, depuis longtemps, j'ai bien souvent insisté : chez un sujet septicémique, toujours songer à l'origine auriculaire des accidents, quelle que soit leur forme clinique. En toute conscience, je crois que les infarctus gangréneux du poumon, dont la connaissance eût été caractéristique, étaient d'un diagnostic impossible. Mais quand je me suis rallié à l'hypothèse de fièvre typhoïde avec réserves pour une septicémie « cryptogénétique », j'ai eu tort de ne pas établir un lien entre celle-ci et l'otite ancienne, malgré l'intégrité extérieure de la région. Cela n'eût certes rien changé au résultat final, mais je n'aurais pas aujourd'hui à m'accuser d'une erreur pour vous mettre en garde contre la semblable.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Symptômes et signes des maladies du pancréas.

Leçon faite au Collège royal des chirurgiens d'Angleterre,

Par le Professeur MAYO ROBSON (de Londres).

La symptomatologie des affections pancréatiques est assez difficile à établir pour plusieurs raisons. Le pancréas, d'abord, est un organe rarement atteint isolément, ses états morbides coïncidant la plupart du temps avec des maladies du tube gastro-intestinal et du foie. Les troubles apportés à ses fonctions physiologiques, d'autre part, n'ont souvent rien de caractéristique, ces fonctions étant suppléées dans une large mesure par les sucs gastrique et intestinal et par les sécrétions salivaire et biliaire, à tel point qu'une portion notable du pancréas peut manquer, être nécrosée, éliminée ou détruite d'une manière quelconque, sans que le patient s'en ressente : je puis vous montrer — la pièce est sur cette table — un large morceau de tissu pancréatique que j'ai enlevé chez un malade, actuellement malgré cela en parfaite santé. Dans quelques cas, enfin, bien que la lésion siège au pancréas, les symptômes sont ailleurs et relèvent de la participation d'un autre organe au processus pathologique. Le cancer de la tête du pancréas, par exemple, produit un ictère intense et une notable dilatation de la vésicule biliaire, et il donne l'impression d'une affection du parenchyme hépatique ou des voies biliaires. De même un néoplasme pancréatique peut comprimer le tube digestif et prendre l'apparence d'une obstruction intestinale ou encore intéresser les ganglions sympathiques voisins, et causer alors de violentes douleurs que l'on attribue volontiers à une affection de la moelle épinière, à un anévrysme, etc.

Ce préambule exposé, il convient d'ajouter que les maladies du pancréas offrent cependant dans leur symptomatologie quelques phénomènes particuliers dont l'ensemble permet souvent d'établir, avec plus ou moins de probabilité et de certitude, le diagnostic. Nous allons envisager successivement, à ce point de vue, les symptômes digestifs, les signes physiques, les troubles glycogéniques et enfin certaines épreuves artificielles décelant l'état des fonctions de la glande.

SYMPTÔMES DIGESTIFS.

a) *Stéarrhée ou surabondance des matières grasses dans les garde-robes.*

La présence d'un excès de matières grasses dans les garde-robes doit faire penser à une lésion du pancréas, surtout s'il n'y a ni ictère, ni affection intestinale concomitante. Mon expérience personnelle, portant sur un grand nombre d'observations, me porte à admettre que, dans la presque universalité des cas, les selles renferment, chez les sujets dont le pancréas est lésé, au lieu du chiffre normal de 5 p. 100, une proportion beaucoup plus élevée de corps gras, sous forme de particules huileuses et de matières grasses solides.

Les garde-robes en question doivent leur coloration blanche, pâle, à la solidification des substances grasses par le refroidissement. Elles sont communément enveloppées par de l'huile presque pure : les patients s'en aperçoivent en voyant l'urine, émise simultanément et mêlée aux selles, présenter à la surface des gouttelettes huileuses.

J'ai bien des fois noté la stéarrhée au cours des pancréatites suppurées, des calculs, du cancer, des kystes du pancréas. J'ai vu, également, à plusieurs reprises, ce symptôme disparaître entièrement après l'administration par voie buccale de l'extrait organique de glande ou après un traitement chirurgical.

b) *Azotorrhée ou digestion imparfaite des albuminoïdes.*

On trouve normalement dans les selles, chez les sujets mangeant de la viande, une petite quantité de fibres musculaires non digérées. Ces mêmes éléments deviennent beaucoup plus abondants dans les états fébriles, les désordres stomacaux ou intestinaux. L'azotorrhée, dès lors, ne saurait donc constituer une preuve d'affection pancréatique.

Si ce symptôme, néanmoins, coïncide avec la stéarrhée, on doit suspecter un état morbide du pancréas, suspicion qui devient une probabilité ou une certitude, s'il y a en même temps diabète, tumeur épigastrique, réaction urinaire spéciale, etc.

L'azotorrhée ne se reconnaît pas aussi simplement que la stéarrhée et notre attention n'est jamais attirée de ce côté par les malades. Un examen soigneux, à l'œil nu, permet de trouver des fibres musculaires dans les garde-robes et le microscope vient confirmer cette donnée.

c) *Diarrhée pancréatique.*

Dans les affections pancréatiques, les selles sont donc généralement décolorées, graisseuses, riches en fibres musculaires, molles et abondantes. Ce dernier caractère qui tient à la diminution des capacités digestives et à l'augmentation proportionnelle des résidus, fait souvent dire aux malades qu'ils ont de la « diarrhée ». Une telle désignation est la plupart du temps incorrecte, car il n'y a pas de diarrhée véritable. J'ai rencontré cette abondance des garde-robes plus fréquemment dans les états chroniques simplement inflammatoires que dans le cancer, l'appé-

tit étant moins altéré dans les premiers que dans le second. Pour un motif du même genre on observe ce symptôme avec une plus grande netteté au début qu'à la fin de la maladie. Parfois, les fèces renferment du sang, mais c'est là un fait irrégulier, du moins tant que la tendance hémorragique propre aux dernières périodes de la lésion n'intervient pas et si, d'autre part, il n'y a pas de néoplasie maligne ulcérée.

d) *Dyspepsie.*

J'ai trouvé constamment associés aux affections pancréatiques des troubles dyspeptiques, de l'anorexie, des douleurs, de la pesanteur après les repas, de la flatulence, des éructations, des nausées, du dégoût pour la viande et les aliments gras.

e) *Emaciation.*

Depuis que l'on connaît les maladies du pancréas, l'amaigrissement a toujours été considéré comme un symptôme classique. Il relève à la fois des troubles digestifs et des altérations fonctionnelles de la glande. L'émaciation, en tant que phénomène morbide isolé, ne saurait évidemment suffire à établir le diagnostic d'affection pancréatique, mais si une dénutrition rapide coïncide avec d'autres signes (fibres musculaires et matières grasses dans les garde-robes, réaction urinaire, etc.), le diagnostic se précise.

f) *Nausées et vomissements.*

Dans la pancréatite aiguë, j'ai vu les vomissements être assez violents pour faire songer à une obstruction intestinale Dans les autres formes de pancréatite, il cst vrai, ce symptôme est assez rare : il tient plutôt à la compression des organes voisins, estomac et duodénum, ou à leur participation au processus pathologique.

g) *Ictère.*

Les relations du pancréas et de la vésicule biliaire amènent à penser que l'ictère doit accompagner fréquemment les maladies du pancréas. La jaunisse ne constitue pas, cependant, un symptôme constant des pancréatites. Ainsi, lorsque le canal cholédoque passe derrière la tête du pancréas, une lésion inflammatoire ou néoplasique de cet organe peut évoluer sans ictère.

Lorsque, au contraire, le cholédoque chemine dans la tête pancréatique, il est évident que toute affection ou tout cancer de cette dernière aboutira à un ictère plus ou moins accentué. L'ictère intense, associé à une dilatation de la vésicule biliaire, est un indice de cancer de la tête du pancréas ; dans l'ictère lithiasique, au contraire, la vésicule est presque toujours contractée et impossible à sentir.

Signes physiques.

a) *Tumeur.*

La situation du pancréas derrière l'estomac et devant la colonne vertébrale le place dans une position particulièrement défectueuse pour la palpation. Il peut à peine être senti, dans les circonstances ordinaires, si le malade est assez corpulent. Si le sujet est mince, et s'il y a ptose gastrique, le pancréas devient accessible lorsque les muscles sont au repos et qu'on applique la main bien à plat et chauffée sur la région épigastrique.

On dit couramment dans les livres que l'inflammation aiguë ou chronique de la glande pancréatique ne détermine aucune saillie appréciable au palper. Telle n'est pas ma manière de penser, car bien souvent j'ai pu trouver, en pareil cas, un pancréas augmenté de dimensions.

Les tumeurs du corps et de la queue, certains sarcomes de la tête se révèlent aisément par la palpation. Dans le cancer ordinaire de la tête pancréatique, on ne perçoit habituellement que la saillie formée par la vésicule biliaire dilatée, organe que l'on parvient à reconnaître facilement.

b) *Fièvre.*

D'une manière générale, la pancréatite aiguë ou subaiguë s'associe avec une élévation de température ; celle ci est rare dans les pancréatites chroniques et fait habituellement défaut dans les kystes, les calculs, les néoplasies. Parfois même, dans les variétés hémorrhagiques, par exemple, la température est plutôt au-dessous de la normale. L'hyperthermie peut prendre le type hectique dans la pancréatite suppurée.

La fièvre est donc un symptôme extrêmement variable ; isolé, il n'offre pas grand intérêt, associé aux autres troubles, il est utile à enregistrer au point de vue du diagnostic différentiel des affections du pancréas, entre elles.

c) *Douleur.*

Mon expérience personnelle m'amène à conclure que, la plupart du temps, la douleur fait défaut dans les tumeurs malignes de la tête du pancréas. Exceptionnellement, il est vrai, certains cancers ou sarcomes envahissant simultanément la tête, le corps et la queue de cet organe, peuvent comprimer ou léser les ganglions sympathiques et les viscères voisins, créant alors des phénomènes douloureux très pénibles.

Dans les pancréatites aiguës, la sensibilité épigastrique au contact est vive, et les muscles droits contracturés. Dans les formes chroniques, la douleur est irrégulière et plus ou moins marquée selon les circonstances.

Les calculs pancréatiques peuvent exister de longues années à l'état latent, sans que rien ne vienne révéler leur présence. Si, par contre, le calcul gagne l'orifice du canal pancréatique ou pénètre dans l'ampoule de Vater, il détermine des crises paroxystiques semblables aux coliques hépatiques. Les irradiations douloureuses ont lieu, de préférence, vers l'épaule gauche et la région cardiaque (névralgie cœliaque), ressemblant à l'angine de poitrine.

Une de mes malades indiquait un *point* particulièrement sensible à gauche de la ligne blanche abdominale et me priait de l'examiner avec soin ; au moment de l'opération, je trouvai et enlevai, exactement à cet endroit, un calcul.

d) *Symptômes de compression.*

On voit, parfois, à la dernière période du cancer pancréatique, une ascite relevant de la compression de la veine porte et même un œdème des membres inférieurs par compression de la veine cave. Si la tête du pancréas malade entoure complètement le duodénum — éventualité plutôt rare — il en résulte quelquefois un obstacle

au passage des aliments, une dilatation gastrique, des vomissements, les troubles, en un mot, de la sténose pylorique.

La compression du cholédoque par un cancer de la tête du pancréas entraîne, nous l'avons déjà indiqué, une dilatation de la vésicule biliaire et de l'ictère. Certaines pancréatites chroniques agissent de même. La présence ou l'absence de ce symptôme dépend des rapports respectifs des deux organes en cause (le cholédoque et le pancréas). Lorsque le plexus solaire est intéressé, il s'ensuit des douleurs angoissantes très pénibles. Il n'est pas jusqu'aux poumons et au cœur qui ne puissent être comprimés par les lésions pancréatiques.

e) *Hémorrhagie.*

Il existe, dans un grand nombre d'affections pancréatiques, une tendance particulière aux hémorrhagies cutanées, muqueuses ou traumatiques.

On sait également que le cancer de la tête du pancréas crée une prédisposition notable aux pertes sanguines, ce qui tient sans doute à une altération du sang, à mon avis à une diminution des sels calcaires. Aussi, avant d'opérer ces malades, ai-je l'habitude d'administrer pendant deux jours des préparations à base de chaux, à doses appropriées.

Il est, d'ailleurs, des formes hémorragiques de pancréatites. Il est aussi des hémorragies locales, intra-pancréatiques, qui surviennent en dehors de tout traumatisme et de tout état général hémophilique. Elles peuvent apparaître chez des individus en bonne santé apparente et sans aucun signe prémonitoire. L'hémorragie se traduit par un collapsus instantané, de la faiblesse du pouls et de la dyspnée. La terminaison de cet accident est quelquefois fatale.

SYMPTÔMES DIVERS.

a) *Diabète et glycosurie.*

La glycosurie se trouve dans quelques maladies du pancréas et non dans toutes. Elle fait défaut si les îlots de Langerhans ne sont pas intéressés par le processus morbide. ce qui arrive, par exemple, dans la pancréatite interstitielle chronique. Sur un grand nombre d'affections pancréatiques qu'il m'a été donné de soigner, j'ai rencontré, de temps en temps seulement, le diabète. On ne saurait donc compter sur un tel signe pour le diagnostic et, de plus, sa constatation indique un cas sérieux, rebelle et généralement incurable.

b) *Modifications urinaires.*

J'estime que nous trouverons dans certaines réactions urinaires un moyen précieux qui permettra non seulement d'aider le diagnostic de maladie pancréatique, mais encore de dire à quelle variété, inflammatoire, aiguë, chronique, néoplasique, etc., elle appartient. La réaction à laquelle je fais allusion a été signalée par le Dr Cammidge et moi. Je ne fais que la signaler aujourd'hui, me réservant d'y revenir une autre fois.

c) *Glycosurie alimentaire.*

Si, chez un animal. on enlève une partie du pancréas, l'assimilation des matières sucrées se trouve diminuée, et si l'on donne à cet animal de grandes quantités de sucre, une glycosurie temporaire en est la conséquence.

Wille a observé un phénomène analogue chez l'homme. Il administra de fortes doses de sucre à 800 malades et fit une série d'examens d'urines consécutifs. Chez 15 sujets qui présentèrent de la glycosurie à la suite de cette épreuve et dont l'autopsie put ultérieurement être faite, 10 étaient atteints d'affection pancréatique. Bien que cette épreuve puisse être positive dans d'autres circonstances, dans le goitre exophtalmique et l'alcoolisme, en particulier, elle n'en présente pas moins un réel intérêt pratique. Cette glycosurie artificielle se montre habituellement au bout de 2 heures.

d) *Signe de Sahli.*

Si l'on fait prendre à un individu une capsule de gélatine solidifiée contenant de l'iodoforme, celle-ci arrive intacte dans l'intestin et n'est pas touchée par le suc gastrique ; elle est rapidement assimilée par la sécrétion pancréatique. L'iode apparaît dans l'urine au bout de 4 à 8 heures. Lorsque cette réaction fait défaut ou se trouve retardée, Sahli conclut à un trouble de la digestion pancréatique.

En résumé, comme on le voit, c'est par l'ensemble symptomatologique que l'on pourra soupçonner ou affirmer la présence d'une affection du pancréas.

Traduit du *British medical Journal*
par le Dr LACROIX.

HYDROLOGIE

La radio-activité des eaux minérales.

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,

A propos de la découverte de la radio-activité des eaux minérales par MM. Curie et Laborde, je me permets de rappeler qu'en 1892 à la *Société d'Hydrologie médicale* de Paris, puis en 1896, au Congrès d'Hydrologie de Clermont-Ferrand, j'attribuai les propriétés des eaux thermales dites *indéterminées*, à des radiations de nature inconnue qu'elles rapportent des profondeurs du sol.

L'hypothèse que j'émettais à une époque où l'on ignorait complètement le radium et la radio-activité a donc été justifiée par les faits.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments distingués.

10 octobre 1904.

Dr L. JAYS.
de Beaulieu (près Nice.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le Stage médical.

Toast de M. le Professeur Forgue, au banquet des membres de l'Association de Prévoyance et du Syndicat des médecins de l'Hérault.

Je suppose que l'un de nous, l'un de ceux qui ont accompli déjà la moitié de leur laborieuse carrière, soit consulté par un jeune docteur, tout frais diplômé, sur les moyens de réussir en médecine, et de s'y bâtir une solide et honorable position. |Parmi les conseils essentiels que son expérience de la vie médicale et de ses difficul-

tés évitables lui suggérera, je pense que ceux-ci lui paraîtront devoir être mis au premier rang : « Jeune confrère, soyez patient, restez modeste, soyez digne et correct. Soyez patient, car c'est une chose longue et difficile que l'édification d'une carrière médicale. Sans doute, il y a des coups d'audace qui réussissent, des succès de vogue qui s'improvisent, des façons adroites et réclamistes de se pousser vivement dans le monde : victoires éphémères, courbes dont la chute est d'autant plus haute que l'ascension a été plus brusque, courbes de pneumonies au prompt déclin. N'oubliez pas, jeune ami, que le temps est le collaborateur obligé de toute création forte ; et si vous voyez, à côté de vous, un arriviste se hâter vers la conquête, par surprise, d'une situation imméritée, que sa valeur intellectuelle n'a point préparée et que ses qualités morales ne sauront pas conserver, ne l'enviez pas, ne l'imitez point : attendez l'épreuve du temps.

« Soyez modeste. Dans *Faust*, Méphisto dit à l'étudiant : « Ayez seulement confiance en vous-même ; les autres auront confiance en vous ». Le conseil est diabolique et la présomption périlleuse. Il est plus sûr, selon le précepte d'Horace, de mesurer d'abord ce que valent vos forces et de fuir les responsabilités qu'elles ne peuvent assumer. Je ne suis point assez irrespectueux à l'endroit de nos programmes officiels d'études et de nos procédés d'enseignement pour vous dire, avec Faust, qu'à la sortie de l'Ecole, « ce qu'on ne sait pas, on en aurait justement besoin, et ce que l'on sait n'est d'aucun usage ». Mais il est conforme à la vérité de reconnaître qu'au seuil de la carrière, le jeune praticien, si laborieuse qu'ait été sa vie d'études, a, dans son instruction professionnelle, de larges trous qu'il appartient à la pratique de combler lentement. En matière médicale, comme en toute chose, l'instruction, c'est bien ; mais l'éducation, c'est beaucoup. C'est par l'assiduité, par les soins continus, par l'habitude du malade, par le dévouement raisonné, que la clientèle se gagne et se garde : le succès appartient au plus soigneux, pas toujours au plus intelligent, ni au plus instruit ; c'est par le tact, par la sincérité et la sûreté des relations que la sympathie et le concours bienveillant des confrères seront acquis à votre carrière grandissante ; et, sans cet appui, vous ne durerez pas.

« Soyez digne et correct. Sans doute, la profession est ingrate, difficile, encombrée. Des sociétés, habiles et puissantes, vous viendront trouver, encore sans clientèle et sans appui, et vous proposeront des honoraires avilis. Craignez ces contrats qui vous enchaînent et vous diminuent. Certes, le médecin ne doit point être l'ennemi des mutuelles ; mais qu'il reste à son rang social, qu'il garde, avec la valeur de ses services, la dignité de son état ! Tout rabais de notre légitime salaire est une réduction morale de notre prestige, et la médecine ne doit point se traiter par adjudication, au plus bas offrant et à la dernière sous-enchère. — Votre sauvegarde est dans le groupement ; prenez exemple sur ce puissant mouvement de solidarité ouvrière qui gronde autour de nous. Ouvriers, nous le sommes ; nous sommes même les plus soumis, les plus exploités : jamais nous ne faisons grève et nous ne connaissons pas, nous n'espérons point la journée de huit heures. Nos deux Sociétés répondent à cette pensée d'association solidaire ; venez à nous : l'une assure la défense de vos intérêts professionnels ; l'autre vous est une garantie pour les jours de maladie ou de malheur. S'il est un moyen d'adoucir l'âpreté des concurrences, il se trouve dans ces habitudes de solidarité, qui rendent stériles les germes de division et qui fécondent les idées de concorde. Il ne faut pas rêver l'impossible : la paix idéale des esprits n'est pas de ce monde, du monde médical surtout ; mais c'est déjà beaucoup que d'assurer la droiture dans les rapports professionnels, la loyauté dans la pratique, et d'arriver à une entente cordiale des intérêts communs que nos anciens n'ont pas connue.

Etudes préparatoires à la profession médicale.

Auch, le 12 octobre 1904.

Mon cher directeur et ami,

C'est avec la plus vive attention que j'examine les diverses propositions insérées dans le *Concours*, émanant d'un certain nombre de nos confrères en vue de remédier à la pléthore médicale.

Aucune, je l'avoue franchement, ne m'a encore convaincu pour ce simple motif que toutes *pêchent par la base*.

Le jeune étudiant, frais émoulu du collège ou du lycée, arrive à la Faculté des sciences et l'année suivante à l'École ou à la Faculté de médecine sans avoir rien appris de ce que j'appelle les *Idées générales*. Quatre ou cinq ans après, il tombe brusquement dans une Société pour laquelle les sciences économiques, sociales et politiques, sont en quelque sorte le bréviaire et dont il *ignore le premier mot* : lois *sur les Syndicats*, *accidents du travail*, *assurances*, *associations*, *assistance*, *mutualités*, *coopératives*, etc., etc., qui transforment peu à peu la Société et vont par cela même jouer un rôle capital dans notre XXe siècle.

J'estime que l'enseignement de ces *Idées générales* doit faire partie intégrante des matières étudiées dans la dernière année du collège ou du lycée, comme les sciences *physico-chimiques naturelles* à la Faculté des sciences, comme enfin la *déontologie* devra faire l'objet de l'ultime examen du doctorat.

Sans doute, il faudra nécessairement au futur médecin un cerveau résistant et surtout bien équilibré pour s'assimiler toutes ces connaissances ; mais c'est dans cette aptitude que je fais résider la *véritable sélection* des jeunes gens qui se ruent de plus en plus à l'assaut des carrières libérales.

N'est-ce pas là la meilleure et la plus pratique des digues à élever contre le flot croissant qui menace d'engloutir la profession médicale.

Quant aux voies et moyens de faire entrer l'enseignement de ces *Idées générales* dans les programmes universitaires, j'en laisse le soin aux confrères mieux versés dans la question.

Je me borne pour l'instant à tracer le chemin.

Veuillez agréer, mon cher directeur et ami, l'assurance de mes meilleurs vœux pour la prompte réalisation de ma proposition.

Dr Emile BARTHES,
(à Auch Gers.)

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des Basses-Alpes.

Sisteron, le 15 octobre 1904.

Monsieur et cher confrère,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que le bureau du Syndicat médical des Basses-Alpes a été renouvelé et ainsi composé : Président : Dr Sénés, (de Moustiers) ; vice-présidents : Dr Convers (la Javie) et Rebory (Digne) ; Secrétaire : Dr Thieux (Sisteron.) ; Trésorier : Dr Bernard (Forcalquier).

Le Syndicat a en outre décidé de s'abonner au *Concours médical* dont je vous prie de me faire le service régulier à dater de ce jour.

L'adhésion à l'Union des Syndicats a aussi été votée et nous espérons bien ne pas nous en tenir là dans nos progrès de groupement et de mutualité.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels bien dévoués.

Dr Thieux.

N. B. M'adresser le *Concours médical* à Sisteron adresse : Dr Thieux.

Syndicat de Châtel-Guyon.

Châtel-Guyon, 2 octobre 1904.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Voudriez-vous avoir l'obligeance d'insérer dans un prochain numéro de votre journal la notice suivante :

« Le syndicat médical de Châtel-Guyon, en réponse à la publication faite dans plusieurs organes médicaux d'une liste incomplète des médecins consultants de la station, rappelle que la seule liste officielle est la suivante :

MM. les docteurs Groslier, Conchon, Pessez, Machebœuf, Bonnet-Saint-René, Mazeran, Cohendy, V. F. Baraduc, Bartoli, de Ribier, Bois, Mage, Foucaud, Sillery, Vale, Aubœuf, Baumann, Bayrac, Esmonet, Révérend-du-Mesnil, Bastide, Lièvre, Vève.

Il déclare en outre, en se plaçant au point de vue médical, qui doit être seul envisagé par lui, que la période vraiment favorable à la cure hydro-minérale est celle qui va du 15 mai au 15 octobre, dates consacrées par une longue expérience clinique. »

Veuillez agréer, etc.

Pour le Syndicat.

Le Président, Dr Baraduc. — *Le Secrétaire,* Dr Bois.

Syndicat Médical de l'Arrondissement de Pont-l'Évêque

Séance du 25 septembre 1904.

Les membres du Syndicat Médical de Pont-l'Evêque, régulièrement convoqués, se sont réunis à Trouville, salle de la Mairie, le dimanche 25 septembre, à 3 heures 1/2 du soir, sous la présidence de M. le Dr Rachet, président.

Etaient présents : MM. Rachet, de Honfleur ; Gilbert, de Dozulé ; Vialle, de Deauville ; Deboulet et Couturier de Trouville ; Vallette, de Beaumont ; Laisné, de Touques ; Bentz, de Houlgate ; Chevillot, de Pont-l'Évêque ; Lihou, de la Rivière-St-Sauveur ; Jamet, de Blangy (arrivé à la fin de la séance).

Excusés : MM. Levillain, Prévost et Lechevalier.

Le Président met aux voix la candidature du Dr Vallette, de Beaumont, qui a signé son adhésion aux tarifs du Syndicat. Son admission est votée à l'unanimité.

Lecture du procès-verbal de la précédente séance est faite et ce procès-verbal est approuvé à l'unanimité.

Le Président exprime alors ses regrets que le Syndicat n'ait pas été officiellement représenté à l'inhumation de Dr Morin, de Beaumont, et propose la motion suivante qui est acceptée par tous les membres :

« Lorsque le Syndicat médical de Pont-l'Evêque aura le malheur de perdre un de ses membres, le confrère le plus proche du défunt sera délégué d'office pour représenter le Syndicat aux obsèques et adresser au confrère défunt un dernier adieu.

« Ce confrère sera chargé de plus de prier la famille, si elle n'y voit pas d'inconvénient, de mentionner le Syndicat sur les lettres de faire part. »

L'ordre du jour appelle la discussion sur la conduite à tenir au sujet du nouveau projet de réglementation de l'Assistance Médicale gratuite, présenté au Conseil Général.

Après avoir exposé le mode de fonctionnement actuel de l'Assistance Médicale gratuite, le Président donne lecture du rapport de M. le Préfet et du compte rendu de la séance du Conseil Général concernant cette question.

Il sera nécessaire pour saisir la dicussion qui a suivi cette lecture, d'avoir présent devant les yeux le compte rendu de la séance du Conseil Général qui a paru dans le *Journal de Caen* du jeudi 1er septembre 1904, compte rendu trop long pour être reproduit dans ce procès-verbal.

« Il est regrettable, dit le Dr Laisné, de voir un confrère, membre du Conseil Général, soutenir la thèse de l'abonnement avec création de circonscriptions ayant un médecin officiellement chargé d'en assurer le service médical. »

Le Dr Couturier fait observer qu'il n'est plus utile de faire partie d'un syndicat si on accepte ce système d'abonnement. Il ajoute qu'il est antidémocratique que le malade n'ait pas le choix de son médecin, et antisyndical qu'un médecin soit nommé par circonscription au détriment de ses autres confrères.

De la suite de la discussion, il résulte que ce système n'est que de la philanthropie faite aux dépens du corps médical, auquel on veut imposer un tarif dérisoire sans l'avoir consulté. On veut faire du médecin un fonctionnaire : c'est ce qu'il faut éviter.

Dans les villes où il y aura plusieurs médecins le choix du médecin chargé du service de l'Assistance Médicale gratuite étant laissé aux Maires, ou se faisant sur leur désignation, il en résultera de véritables abus, et le plus souvent le mé-

decin sera désigné suivant ses opinions politiques.

En résumé, il ressort de toute la discussion du Conseil Général que les médecins sont absolument tenus à l'écart dans l'établissement de la réglementation de l'Assistance Médicale gratuite.

Malgré une timide protestation d'un conseiller qui aurait voulu consulter le corps médical, l'amendement suivant est adopté :

« *Amendement Chéron.* — Le Conseil Général décide l'impression du rapport de la Commission spéciale et invite l'administration, s'inspirant de la discussion de ce rapport, à préparer un projet de règlement, le joignant à tel autre qu'il jugera utile ».

Devant cet écartement systématique du corps médical dans cette question, les membres du Syndicat décident d'employer tous les moyens en leur pouvoir pour défendre les intérêts du corps médical.

Il est nécessaire que deux délégués soient choisis, et qu'après avoir prié les autres Syndicats du département de nommer chacun deux délégués, il y ait à Caen, une réunion pour discuter la question et adresser au Conseil Général la réclamation suivante :

« Le corps médical du département refusera toute proposition concernant le service de l'Assistance Médicale gratuite s'il n'est pas consulté pour établir ce service ».

Les Dr Rachet et Prévost sont nommés délégués ; le Dr Chevillot est nommé suppléant.

Une circulaire va être adressée à tous les présidents des Syndicats du département, pour que la réunion ait lieu dans le plus bref délai possible.

Le Dr Chevillot rappelle qu'il y a quelque temps il avait été question de poursuivre un masseur faisant de l'exercice illégal dans une ville de l'arrondissement et que les poursuites avaient été abandonnées faute de preuves suffisantes. Or, il a appris qu'un membre du Syndicat a adressé un de ses malades à ce masseur ; il prie le bureau de faire à ce confrère les représentations nécessaires.

On passe ensuite au vote du délégué à l'Union.

Le Dr Rachet est nommé délégué, le Dr Chevillot suppléant.

La séance est levée à 6 heures.

Le banquet annuel a réuni tous les confrères à 7 heures 1/2.

Le secrétaire,	*Le Président,*
Dr Lihou.	Dr Rachet.

Séance extraordinaire du 9 *octobre* 1904.

Les Membres du Syndicat de Pont-l'Evêque, convoqués d'urgence, se sont réunis le 9 octobre 1904, à 4 heures du soir, à Pont-l'Evêque, salle de la Justice de Paix, sous la présidence de M. le Dr Rachet, président.

Etaient présents : MM. les Drs Rachet et Durel, de Honfleur ; Chevillot, de Pont-l'Evêque ; Gilbert et Pesquerel, de Dozulé ; Laisné, de Touques ; Vallette, de Beaumont-en-Auge ; Lihou, de la Rivière-St-Sauveur ; Pasteau, de Bonnebosq.

Excusés : MM. les Drs Marais, de Honfleur ; Prévost, de Pont-l'Evêque ; Balez, de Beuzeville.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté à l'unanimité.

Le Dr Rachet, président, informe alors ses collègues qu'à la suite de la séance du 3 octobre il a reçu de M. Barette, président du Syndicat de Caen, un mot lui rappelant les propositions du Conseil Général et le priant de venir à Caen pour discuter ces propositions dans une réunion de délégués du corps médical du Calvados.

Dans l'intervalle, le Syndicat a adressé à tous ses membres la circulaire du 30 septembre, les priant de vouloir bien surseoir à toute réponse en ce qui concernait la circulaire préfectorale du 24 septembre dont les propositions avaient été rejetées en assemblée générale et d'attendre la décision prise par tous les délégués du département devant se réunir à Caen le 4 octobre.

Le mardi 4 octobre, le Dr Rachet se rendait à Caen à la réunion des délégués. Le Dr Prévost, atteint trop tard par la lettre de convocation, ne pouvait s'y rendre.

Dans cette réunion, les confrères présents ont été d'avis unanime de répondre négativement à la circulaire de la Préfecture.

Le Dr Catois a objecté qu'il avait appris qu'une trentaine de confrères avaient adressé leur adhésion à la Préfecture, mais le Dr Rachet répond que tout le corps médical de l'arrondissement de Pont-l'Evêque ainsi que la grande majorité des confrères des arrondissements de Bayeux et Vire ne l'ont pas fait, et qu'il est fort problable qu'il en a été de même pour les arrondissements de Lisieux et de Falaise.

En tous cas, la grande majorité du corps médical du département n'a pas accepté.

La discussion a alors continué et il a été décidé d'envoyer à tous les confrères du département la circulaire signée de tous les confrères présents et qui se traduit par :

1° La réponse négative à la circulaire préfectorale du 24 septembre 1904 dont les propositions ont été rejetées ;

2° L'envoi à chaque médecin d'un mémoire contenant les observations que le corps médical du Calvados se propose de présenter à Messieurs les Membres du Conseil Général avant la discussion du nouveau règlement qui aura lieu en novembre.

Le Dr Rachet fait observer qu'au cours de la discussion de cette séance, il a été frappé de certains faits, surtout de ce fait que, dans une commune, celle d'Ecrammeville, sur 398 habitants il y a 298 assistés, et que, dans une autre commune tous les ouvriers ont été inscrits par le Maire sur la liste de l'Assistance.

A la suite de cette réunion du Corps Médical à Caen, les confrères ont reçu une nouvelle circulaire de la préfecture leur demandant d'accepter des prix à forfait par malade soigné et variant suivant la distance kilométrique. C'est à la suite de cette circulaire et au reçu d'une lettre du Dr Barette de Caen, demandant au Dr Rachet et aux autres Délégués de se trouver à Caen le 13 courant, que M. le Président a jugé bon de convoquer d'urgence les Membres du Syndicat pour ce jour.

Le Dr Marais, n'ayant pu se rendre à cette réunion, a chargé M. Rachet de présenter quelques observations à propos du rapport Chéron.

Dans ce rapport, il est dit qu'en 1896, le nombre des malades secourus a été de 642 et les dépenses de 36.301 fr. 55

En 1903, le nombre d'assistés a été de 6.553 et les dépenses de 195.453 fr. 32.

Ce qui ferait 36,301 fr. 55 : 642 = 56 fr. 07 par malade assisté en 1896 ; et 195,453 fr. 32 : 6,583 = 29 fr. 75 par malade assisté en 1903.

Contradiction flagrante avec le rapport de M. Chéron, qui dit ceci :

« La moyenne du prix de traitement par malade qui était de 12 fr. en 1896 et qui n'aurait pas dû sensiblement varier, s'élève successivement à 14 fr. en 1897, à 16 fr. en 1898, à 17 fr. en 1899, à 22 fr. en 1900, à 21 fr. pendant les trois dernières années... »

A la suite de la lecture du rapport Chéron, M. Couturier fait la remarque suivante :

« Dans son rapport, M. Chéron dit qu'il est regrettable que toutes les communes n'assurent pas le service de l'Assistance Médicale gratuite par le même système ; je demande donc, que dans les communes où existe encore à l'heure actuelle le système à l'abonnement, tous les confrères dénoncent leurs engagements, à condition qu'il n'y ait pas d'autres confrères qui acceptent. »

Mais, comme il ressort de la discussion qui à suivi cette proposition, que le système à l'abonnement n'existe que dans les villes où la loi autorise l'assistance par le moyen du Bureau de Bienfaisance, le Dr Couturier retire sa proposition.

M. le Président donne alors lecture de la dernière circulaire préfectorale qui a motivé cette réunion.

A l'unanimité des membres présents, il est décidé que les délégués seront chargés de repousser le système de l'abonnement et de la circonscription, qu'ils devront défendre le système à la visite et le choix du médecin par le malade, en faisant remarquer que l'augmentation des dépenses provient surtout de l'augmentation du nombre des indigents et non pas de l'augmentation du nombre des visites.

Il est décidé que les confrères ne répondront pas à la dernière circulaire préfectorale avant la réunion des délégués à Caen, le 13 courant, et attendront les décisions prises qui leur seront communiquées aussitôt.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire, Dr Lihou. — *Le Président,* D Rachet.

CHRONIQUE DU SOU MEDICAL

Trois consultations à un seul.

L'aimable secrétaire de l'Amicale, M. le Dr Mignon, nous communique les trois questions qu'un de nos confrères, le Dr A., fait au « Sou médical ».

Comme ces questions sont d'intérêt général, nous pensons qu'il est utile pour nos lecteurs de connaître les réponses que nous avons faites.

*
* *

Un des clients de notre confrère meurt après avoir fait un testament où il avait inscrit la clause suivante : Son autopsie devra être faite, et en particulier, l'examen du cœur pratiqué. Mis en demeure d'exécuter les dernières volontés du défunt, le Dr A. fait appel à un confrère, le Dr B., et prépare tout pour l'opération ; mais au dernier moment, le Dr B. se ravise et déclare qu'il ne peut intervenir sans l'autorisation des autorités compétentes. Le Dr A. demande au « Sou » si le Dr B. avait raison de refuser de faire l'autopsie sans autorisation.

Eh bien! oui, le confrère avait raison. L'ordonnance du préfet de police du département de la Seine du 6 septembre 1839 a été, par une circulaire ministérielle, étendue à tout le territoire.

1° —..... Il est défendu de procéder.... à l'au-« topsie.... avant qu'il se soit écoulé un délai de « 24 heures *depuis la déclaration du décès à la « mairie*, et sans qu'il ait été adressé *une déclara-« tion préalable*.... au maire dans les communes « rurales, ou au commissaire de police dans les « villes ».

« 2° — Cette déclaration indique que l'opéra-« tion est autorisée par la famille ; elle fera con-« naître, en outre, l'heure du décès ainsi que « l'heure et le lieu de l'opération. »

« 3° — Le maire et le commissaire de police « devront transmettre au Parquet du Procureur « de la République, les déclarations, après s'être « assuré que l'on s'est conformé aux dispositions « de l'art. 1er.... »

En outre, la circulaire énumère les pièces nécessaires à fournir pour obtenir l'autorisation d'embaumement et d'autopsie, ce sont les suivantes :

« 1° — Un certificat du médecin traitant dé-« clarant que la mort est due à une cause natu-« relle.

« 2° — Une demande d'autorisation signée par « un membre de la famille ayant qualité (proche « parent, conjoint, etc.).

« 3° — Un certificat de médecin assermenté « venant, sur la demande de la famille, contre-« vérifier les causes du décès ».

Enfin on doit joindre à ce dossier, dont toutes les pièces doivent être établies sur papier timbré, un extrait des registres de l'état civil, établissant que la déclaration du décès a été faite et l'heure de cette déclaration. De plus, le commissaire de police ou un agent de l'autorité doit assister à l'opération et des honoraires lui sont dus ; dans l'espèce, une vacation.

Quant aux honoraires que le médecin peut réclamer de ce chef, ils varient évidemment suivant la situation de fortune des gens, mais ne sauraient être inférieurs à cent francs pour chacun des confrères assistants et opérants.

L'autopsie n'a pas eu lieu, mais le Dr A. n'en n'a pas moins fait tous les préparatifs; il devra donc calculer ses honoraires suivant le temps qu'il a consacré à la chose, et, à titre d'indication, nous lui rappelons que l'heure passée doit être comptée au moins à trois fois le prix de la visite ordinaire, tant pour lui que pour le confrère qu'il a appelé.

Dans la circonstance, le Dr A. a manqué d'expérience. Il aurait dû faire personnellement les démarches ; et s'il était allé lui-même voir le Procureur de la République et lui exposer sa requête au nom de la famille, nous ne doutons pas qu'il n'ait obtenu l'autorisation nécessaire qui, dans le cas particulier, a été refusée.

*
* *

On conteste une note d'honoraires adressée par notre confrère à un patron dont l'ouvrier a été blessé pendant son travail. Ce blessé est couvert par les dispositions de la loi du 9 avril 1898. Le Dr A., se refusant, suivant nos conseils, à connaître les Compagnies d'assurances, a envoyé sa

note d'honoraires *au patron*, et *le patron*, assuré contre les accidents, a renvoyé cette note à son *assureur*. Ce dernier déclare alors au médecin qu'il veut bien le payer, mais que, trouvant sa note exagérée, il doit réduire ses prétentions.

Le Dr A. nous envoie cette note en nous demandant notre avis. Après examen du détail de ce mémoir le secrétaire général du « Sou » a répondu au Dr A. que, bien qu'en définitive, au point de vue médical, il n'y ait rien à y réduire, il croyait cependant que le Dr A. devrait diminuer quelques prix pour des raisons que nous voulons soumettre à nos lecteurs.

Si l'affaire devait être jugée par des gens compétents, par des experts médecins, il n'y aurait rien à changer, mais les juges !... ils ont parait-il la science infuse et en matière d'honoraires médicaux ils sont féroces. Puis, n'oublions pas que, bien qu'ayant devant nous un patron, c'est-à dire un homme réputé riche, nous devons, pour établir le montant de nos honoraires, ne considérer que la situation de l'ouvrier. L'emploi de médicaments et objets de pansement chers peuvent en effet, être considérés comme objets de luxe. On vous dira : « Vous auriez pu employer des produits moins coûteux ; vous n'auriez pas dans votre clientèle ouvrière fait supporter par un blessé ordinaire des dépenses aussi élevées, etc. » On imagine facilement tout ce qu'on pourra dire dans cette voie. Vous aurez beau déclarer que, grâce à vos soins, le blessé a été guéri sans aucune infirmité permanente, et que vous avez rendu à la Compagnie un service manifeste en lui évitant de payer une rente viagère pour infirmité partielle permanente ; vous aurez beau démontrer que le versement du demi-salaire, fait à l'ouvrier improductif, n'a duré que trois semaines, qu'il aurait pu durer cinq, six semaines peut-être ; on vous dira que traité autrement il aurait vraisemblablement guéri aussi vite, etc. Ne savons-nous pas tous que les soins du médecin n'ont de valeur qu'au moment où ils sont donnés. Le malade une fois remis déclare devoir sa guérison non à son médecin mais à sa bonne constitution.

Nous avons donc conseillé à notre confrère de réduire légèrement sa note, quoiqu'il lui en coûte, plutôt que de courir le risque de la voir réduite d'office par un magistrat.

Voici ce que nous lui avons proposé de faire :

1° — Pansement. — Asepsie de la plaie ; Multiples points de suture	10	frs.
2° — Objets de pansement	3	»
3° — Certificat de constatation pour déclaration à la mairie	5	»

Nous sommes d'avis que l'on ne doit pas faire payer le duplicata d'un certificat. La copie d'un acte ne se paye pas comme l'acte lui-même. Le premier certificat étant pour ainsi dire la minute, le second n'en n'est que la copie, et les copies se paient au rôle ; donc :

Duplicata de ce certificat, *mémoire*.

6 pansements à 4 frs. chacun	24	frs
Certificat de guérison	5	»
Total	47	»
On peut ajouter pour fournitures d'objets de pansement	6	»
Total	53	»

Notre confrère excusera la sincérité un peu brutale et *amputatoire* de notre avis, mais nous croyons en conscience que, puisqu'il n'obtiendrait pas gain de cause, il vaut mieux faire d'avance le sacrifice.

***

Enfin, le Dr A. a accepté d'être chargé, par une Compagnie d'Assurances, du monopole des soins à donner à ses assurés. Certainement, cela n'a pas été sans que cette Compagnie réclame de lui un sacrifice d'honoraires. Le Dr A. a consenti sans doute de faire pour un prix moindre que le tarif, toutes les interventions de son art, et a souscrit un forfait.... Il s'est tenu prêt à exécuter les conventions, mais il n'a vu venir aucun client. Lassé d'attendre, le Dr A. va aux renseignements et apprend que ce forfait qu'il avait signé, un autre confrère l'avait consenti également, peut-être même à des conditions plus avantageuses pour la Compagnie, et qu'ainsi son contrat était, en fait, lettre morte.

L'agent de l'assurance le lui a fait dire en termes désobligeants. Que faire ? — nous demande-t-il. — Peut-il poursuivre en non-exécution de contrat ? — en détournement de clientèle ?

Nous lui conseillons de ne rien faire, son cas est mauvais, tout ce qu'il y a de plus mauvais.

S'il attaquait devant la justice, on lui répondrait avec la Cour de Dijon : « L'art médical n'est pas chose susceptible d'un contrat, le médecin vis-à-vis de son client n'est lié que par un mandat ; et le mandat est de sa nature essentiellement révocable. »

Pourquoi notre confrère ne lit-il pas le *Concours* plus attentivement ?... Voilà des années que nous cherchons à prémunir les confrères contre les faux éclats du miroir à alouettes que sont les fixes et les monopoles.

Quant au détournement de clientèle, les juges nous répondront que toute convention de nature à violenter la liberté de l'ouvrier en l'empêchant de choisir librement son médecin (art. 4 de la loi du 9 avril 1898) est sans valeur.

Aussi que le Dr A. se tienne pour averti et qu'une autre fois il ne se laisse plus prendre à d'illusoires promesses.

Les Médecins et les Compagnies d'Assurances-Accidents. Une affaire bien conduite.

Nous avons souvent indiqué aux Médecins la ligne de conduite à suivre dans leurs démêlés avec les Compagnies d'assurances-accidents. A chaque instant nous rappelons à nos confrères qu'ils ne doivent pas traiter avec les Compagnies ; nous leur répétons qu'en aucun cas le médecin n'a à discuter avec l'assureur du patron et qu'il ne doit connaître que ce patron comme responsable de l'accident, libre à celui-ci de se retourner contre son assureur. Nous voulons aujourd'hui passer de la théorie à la pratique et exposer à nos confrères une affaire bien conduite qui vient d'être soumise au « Sou ».

Notre confrère, le Dr A., membre « du Sou », a su se garder contre les tentations des Compagnies d'assurances et a refusé de traiter avec elles. Ayant eu à soigner pour accident du travail un ouvrier de M. B., gros industriel, assuré à la Compagnie « La P. », le Dr A. envoie la note de ses

honoraires, établie d'après le tarif du Concours Médical, au patron de l'ouvrier qui lui fait répondre la lettre suivante :

B......, le 19 avril 1904.

Monsieur le Docteur A., à C.....

Monsieur le Docteur,

Nous avons l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 6 avril et de vous retourner le mémoire que vous avez bien voulu nous adresser, et vous prions de le faire parvenir directement à Monsieur E., directeur de la « P », à B..

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Docteur, nos civilités distinguées.

B.

Notre confrère averti par nos conseils ne tombe pas dans le piège qu'on lui tend plus ou moins consciemment et répond à M. B. la lettre suivante :

10 avril 1904.

Monsieur B., à B.....,

Je vous retourne le mémoire que je vous ai précédemment adressé. Je n'ai pas à le faire parvenir à M. E., que je ne connais pas ; d'ailleurs, je ne suis pas médecin de la « P ». Il vous appartient, si vous le jugez bon, de vous entendre avec votre compagnie d'assurances pour le réglement des honoraires qui me sont dus et qui ont été établis par le secrétaire du « Sou Médical » dont je fais partie.

Docteur A.

Il joint à cette lettre la note d'honoraires suivante qu'on lui avait retournée :

Mémoire d'honoraires dus pour soins à M. C., victime de l'accident du 7 novembre 1903.

Distance 6 kilomètres.

Novembre,	7.—	a) Visite de nuit..........	4
—		b) Déplacement la nuit...	12
—		c) Réduction, coaptation et immobilisation de fracture oblique de l'extrémité inférieure du tibia et application d'un appareil plâtré..	100
Novembre	9. —	a) Visite	2
—		b) Déplacement......... .	6
Novembre	10 et 12. —	a) Visites	4
—		b) Déplacement...........	12
Décembre	12. —	a) Visite	2
—		b) Déplacement...........	6
—		c) Enlevé l'appareil plâtré	4
Décembre	19 et 27. —	a) Visites................	4
—		b) Déplacement	12
Janvier 1904.	—	a) Visite................. .	2
—		b) Déplacement	6
		Total...........fr.	176

Deux certificats délivrés en conformité de la loi de 1898 sur les accidents.................... 10

A C...., le 31 mars 1904.

Le patron annonce réception par la lettre suivante :

B....., le 12 avril 1904.

Monsieur le Docteur A., à C.....

Monsieur le Docteur,

Nous avons l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 10 courant et de vous informer que nous la transmettons immédiatement à Monsieur le Directeur de la « P », à B.....

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, nos civilités distinguées.

B.

Après cette dernière lettre, le Docteur A. n'entend plus parler de rien; aussi, après avoir patienté jusqu'en juillet, il écrit au patron la lettre suivante pour réclamer ses honoraires :

5 juillet 1904.

Monsieur B., à B......,

Monsieur,

Depuis votre lettre du 12 avril dernier, n'ayant plus entendu parler du règlement des honoraires qui me sont dus pour l'accident de votre ouvrier C., (7 novembre 1903), j'ai l'honneur de vous prier de me faire régler la somme de 186 fr., et de vous aviser que, passé le 25 juillet courant, si je ne suis pas payé, je remettrai mon compte à mon avoué.

Veuillez agréer, Monsieur, mes civilités empressées.

D^{r} A.

Le patron répond alors :

B....., le 6 juillet 1904.

Monsieur le Docteur A., à C......

Monsieur,

Nous avons l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 5, et nous sommes très étonnés d'apprendre que « La P. » n'a pas réglé vos honoraires. Nous lui envoyons par ce courrier votre lettre, avec prière de vous donner satisfaction dans le plus bref délai.

Veuillez agréer, Monsieur, mes civilités distinguées.

B.

Survient alors la Compagnie d'Assurances qui, par l'intermédiaire de son agent, M. E., écrit au D^{r}. A. la lettre suivante :

Monsieur A.

Docteur Médecin à C.....

Monsieur.

Nous sommes entièrement disposés à vous régler vos honoraires pour soins donnés au sieur C., blessé au service de M. B.

Mais, ainsi que nous le faisons pour toutes nos pièces de dépenses, nous avons dû soumettre votre note au visa de notre direction qui nous a répondu ce qui suit :

« En appliquant au détail fourni par M. le Dr A. le tarif du syndicat girondin qui est le plus élevé de France, même sans la réduction de 25 % prévue pour les accidents du travail nous trouvons que M. A. n'aurait droit qu'à 106 frs. »

Nous devons, quant à nous, nous conformer aux instructions qui nous sont données et ne pouvons vous faire d'offre superieure.

Nous vous prions donc de nous faire savoir si vous consentez à régler à ce chiffre votre note d'honoraires afférente à M. C. ; nous vous en ferons tenir le montant par courrier.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, nos salutations les plus empressées.

E.

Ici notre confrère a fait une petite faute; il aurait dû se borner à accuser réception de sa lettre à l'agent de la Compagnie d'Assurances M. E. et à lui dire qu'il transmettait cette lettre au patron qui est seul responsable vis-à-vis de lui. Au lieu de cela il lui écrit ceci :

Monsieur E. à B......

J'ai bien reçu votre lettre du 7 courant. Si la Direction de votre Compagnie avait conservé le souvenir des difficultés qu'elle a inutilement soulevées pour le règlement d'honoraires qui m'étaient dus par son assuré M. X., elle se serait dispensée de me faire des propositions de marchandages. Mon mémoire a été établi par le Secrétaire du « Sou Médical » conformément au tarif dressé du Concours Médical en usage dans ma région et accepté d'ailleurs par les autres Compagnies d'assurances dont j'ai soigné les blessés. C'est le montant de ce mémoire que je réclame à M. B., patron responsable, qui m'a fait appeler auprès de son ouvrier, et je me réserve au

besoin d'en poursuivre le règlement par les voies de droit.
Veuillez agréer, etc...

Docteur A.

C'était ouvrir la porte à la discussion ; aussi la Compagnie en profite-t-elle, cherchant à faire dévier notre confrère de sa ligne de conduite, et répond au Dr A. les deux lettres suivantes :

B:.... le 12 juillet 1904.

Monsieur le Docteur A., à C....

Nous avons bien reçu votre lettre du 11 courant et la transmettons par ce même courier à notre Compagnie en la priant de vouloir bien nous faire savoir ce qu'elle entend faire pour le règlement de vos honoraires.
Nous vous tiendrons au courant, et vous prions d'agréer, Monsieur, etc. etc,

E.

B.... le 19 juillet 1904

Monsieur le Docteur A. à C....

Comme suite à notre lettre du 12 courant et à la communication à notre direction de la vôtre du 11, voici ce qui nous est repondu ce jour à ce sujet :
«En réponse à votre lettre du 12 courant, nous devons vous faire remarquer que nous ne pouvons accepter sans discussion une note parce qu'elle a été dressée par le secrétaire d'un syndicat médical, et nous tiendrons à savoir quel est le tarif qui a servi de base à son décompte. Celui de l'assistance médicale gratuite nous est seul opposable (le tarif de l'assistance médicale gratuite n'est opposable qu'au seul cas où, en dehors de l'avis de son patron, l'ouvrier blessé a fait choix de son médecin) et nous sommes surpris que les honoraires réclamés soient dans le cas actuel beaucoup plus élevés que ceux que nous aurions eu à payer en vertu du tarif girondin (??) (je le crois). M. le Dr A. peut avoir droit aux 186 francs, qu'il réclame, mais nous avons besoin de connaître les justifications du décompte présenté. Veuillez donc nous fournir des explications et renseignements pour que nous puissions prendre, en connaissance de cause, une décision définitive. »
Nous ne pouvons, quant à nous, faire mieux que de vous reproduire les propres termes de notre direction, et lui transmettrons la réponse que vous voudrez bien nous faire, à moins que vous ne préfériez vous adresser directement à elle, à Paris.
Veuillez agréer, Monsieur, etc., etc.

E.

Mais, heureusement, notre confrère a vu le piège. Il ne s'engage pas sur le terrain où voudrait l'engager la Compagnie, et il répond en remettant sa note d'honoraires à son agent de recouvrement qui envoie à M. B., le patron, la lettre suivante :

C.. le 22 août 1904.

Monsieur B., à B....

Je suis chargé par Monsieur le Dr A., à C....... de vous prévenir que, faute de paiement dans la quinzaine de la somme de 186 francs qui lui est due pour honoraires et soins à raison de l'accident survenu le 7 décembre 1903 à C., votre ouvrier, il vous appellera devant le juge de paix de C...
Veuillez, etc.

F., Huissier à C...

Le patron accuse réception par la lettre suivante :

B.... le 23 Août 1904

Monsieur F., Huissier à C....

Monsieur,

Nous avons l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 22 courant, et de vous informer que nous la transmettons immédiatement à Monsieur le Directeur de la Société d'Assurances qui s'est engagée à couvrir nos sinistres.
Veuillez agréer, Monsieur, etc. etc.

B.

Et quelques jours plus tard notre confrère reçoit de la Compagnie la lettre suivante :

Monsieur le Docteur A., à C.

Monsieur,

Nous avons l'avantage de vous informer que nos agents de B.... nous ont dernièrement communiqué votre réponse relative au montant des honoraires que nous avions cru pouvoir vous fournir, pour les soins donnés à M. C. ouvrier blessé au service de M. B. notre assuré. Nous avons aussi été informés de la dernière démarche faite par l'intermédiaire de M. F. huissier à C... ; mais comme il ne nous est pas possible de vous envoyer en ce moment un de nos inspecteurs, nous nous permettons de venir vous exposer directement les raisons qui nous semblent justifier le chiffre offert.
Nous devons d'abord vous faire remarquer que nous sommes *obligés de vous appliquer les tarifs sur lesquels ont été établis nos contrats et nos primes* (vous avez passé des conventions avec un industriel, et parce que vos primes réclamées sont insuffisantes pour payer le risque, vous voulez faire supporter le déficit par le médecin. Mais le médecin n'est pas intervenu dans le contrat que vous avez passé avec votre assuré, cela ne le regarde pas, et votre raison ne lui est pas opposable) et ce n'est pas à vous que nous avons à rappeler en détail les termes de l'article 8 de la loi du 9 avril 1898. Les réductions faites par nous sur la note présentée sont une nécessité de la gestion de nos contrats et ne peuvent dans aucun cas impliquer une évaluation de votre valeur professionnelle et de votre compétence ; c'est une conséquence forcée du caractère forfaitaire de la loi d'avril 1898. Nous avons eu à discuter avec les répresentants de plusieurs Associations de médecins et nous avons toujours été d'accord avec eux sur ce point. (*C'est un accord plutôt discordant !*)
Dès lors en appliquant au détail que vous nous avez fourni le tarif de l'assistance médicale gratuite de votre département (qui n'est pas applicable en l'espèce, puisque c'est le patron qui a adressé le blessé au médecin) nous sommes amenés à allouer : 1°, 3 francs au lieu de 6 francs par chaque déplacement, puisque l'indemnité kilométrique à l'aller seulement est de 0 fr. 50, 2°, 1 franc les visites de jour et 2 francs les visites de nuit. Nous ne connaissons pas les honoraires fixés dans votre département pour la réduction de la fracture du tibia, mais en prenant pour base le tarif des médecins de la Gironde, vous auriez droit à 40 francs, plus 20 pour fracture compliquée, net 45 francs puisque une réduction de 25 0/0 est prévue pour les accidents du travail. Votre état ainsi établi s'élèverait à 95 francs, mais nous n'avons pas voulu user de notre droit strict et avons estimé que sur les visites en particulier, nous pouvions faire une concession, c'est pourquoi nous avions offert une somme supérieure, que nous tenons toujours à votre disposition (116 francs).
Nous espérons que ces explications vous feront comprendre les motifs de la réduction faite et nous permettront d'en arriver rapidement à un règlement définitif.
Veuillez agréer, Monsieur, etc., etc.

Le Directeur,

G.

Nous ne voulons pas relever et commenter toutes les inconséquences que contient cette lettre ni même l'accord de cette compagnie avec les Associations médicales (lesquelles ?). Bornons-nous à faire remarquer la générosité et le désintéressement de cette compagnie qui offre à notre confrère 116 francs (c'était tout à l'heure 106) au

lieu des 95, que tarif en mains, elle prétend seulement lui devoir. Là-dessus le Dr A. nous consulte et nous envoie le dossier de son affaire. Par la lettre suivante, le secrétaire du « Sou » lui conseille de continuer à ignorer la compagnie et à assigner directement le patron responsable devant le juge de paix.

Monsieur le Dr A., à C.....

Mon cher confrère,

J'ai communiqué à la commission permanente du « Sou Médical », qui se réunissait avant-hier, le dossier que vous m'avez adressé au sujet d'un recouvrement d'honoraires pour soins donnés à un accidenté du travail.

Vous avez scrupuleusement suivi les indications que je vous avais données sur la manière de procéder et vous me faites part aujourd'hui du résultat obtenu et du point où vous en êtes arrivé, me demandant conseil pour poursuivre votre affaire et la mener à bonne fin.

La compagnie d'assurances, que vous avez voulu toujours ne pas connaître, s'est mise malgré tout, en rapport direct avec vous et s'est prise à discuter les conditions dans lesquelles elle se croit en mesure d'exécuter le contrat consenti par elle à son assuré.

Notre avis est que vous avez eu tort d'entrer en discussion avec l'assureur de votre débiteur, et, bien qu'il soit incorrect de ne pas répondre à une lettre qui vous est adressée, il eût mieux valu, soit ne pas répondre du tout, en tout cas ne pas discuter, et tout au plus ne donner qu'un accusé de réception en avertissant l'assureur que vous transmettez sa lettre à l'assuré.

C'est du reste la seule personne avec laquelle l'assureur et vous-même avez lien de droit ; l'assureur, en vertu de son contrat d'assurance ; vous même, en vertu de l'art. 4 de la loi d'avril 1898.

Pour mener votre affaire à bien et vous faire payer de ce qui vous est légitimement dû, il ne vous reste plus qu'à faire assigner le patron et le blessé devant le juge de paix du lieu où s'est produit l'accident.

Il faut qu'une ligne de conduite uniforme soit suivie vis-à-vis des assurances qui, à propos de toute note présentée, soulèvent des contestations contre nos droits, alors que nous n'avons nous-mêmes, aucun moyen légal de les faire prévaloir contre elles.

Les assurances sont affaires entre PATRONS *et* ASSUREURS *et non entre* ASSUREURS *et* MÉDECINS.

Veuillez, etc.....

Le secrétaire général du « Sou Médical ».

Dr de GRISSAC.

REPORTAGE MEDICAL

La Fraternelle du Caducée. — L'Assemblée générale de cette Société des anciens médecins de la guerre, de la marine et des colonies a eu lieu le 8 octobre au café Voltaire, sous la présidence du Pr Lacassagne.

Elle a décidé : 1° d'entretenir des rapports cordiaux avec « l'Union fédérative des médecins de la réserve et de l'armée territoriale », dont le programme ne diffère guère du sien ; 2° de développer ses ressources de mutuelle assistance ; 3° de confier à un comité composé de MM. Treille, sénateur, Granjux et Laval, directeur et rédacteur du journal *le Caducée*, le soin d'assurer une active défense des médecins de la guerre, de la marine et des colonies, soit dans la presse, soit devant le Parlement, soit auprès des administrations.

Elle a complété son bureau par l'élection d'un 2e vice-président appartenant à la marine et a fait choix de notre ami M. le Dr Dedet (de Martigny), un habitué des banquets du Concours, auquel nous adressons nos félicitations.

Un prix pour l'Hygiène scolaire. — En décembre 1905, dans sa dernière séance (2e samedi), la Société de Médecine de Paris décernera le prix Duparcque (une somme de 1.000 fr. est disponible) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur « l'hygiène scolaire envisagée au point de vue strictement médical. »

Les mémoires, inédits et non encore récompensés, devront être déposés au siège de la Société, 12 rue de Seine, ou chez le Secrétaire général, 2, rue Casimir-Delavigne, avant le 1er octobre 1905, dernier délai. — Chaque mémoire sera désigné par une épigraphe ou devise écrite sur la première page, de la main de l'auteur, et accompagné d'un pli cacheté ; ce pli devra porter uniquement, à l'extérieur, la même épigraphe reproduite à l'intérieur, le nom et l'adresse de l'auteur.

Tout concurrent qui se serait fait connaître d'une façon quelconque avant l'attribution du prix serait exclu de fait du concours. — Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

Congrès International de la Tuberculose, Paris, 2-7 octobre 1905 : (secrétariat général ; 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris). — Le Congrès International de la tuberculose qui se réunira à Paris du 2 au 7 octobre 1905 a fixé dès à présent les questions qui seront soumises sous forme de rapports à l'étude des membres du Congrès.

Trois questions, dans chacune des deux sections du Congrès, seront étudiées par des rapporteurs. Trois rapporteurs seront désignés pour chaque question, l'un des rapporteurs devant être français. Les comités nationaux étrangers sont en train de désigner leurs rapporteurs. Pour la France, les rapporteurs sont nommés.

La section de pathologie, dont le président est le professeur Lannelongue, a choisi les trois questions suivantes : 1° Traitement du lupus par les nouvelles méthodes. Rapporteurs français : Dr Jeanselme et Dr Chatin. — 2° Diagnostic précoce de la tuberculose par les nouvelles méthodes. Rapporteur français : Dr Achard. — 3° Etude comparative des diverses tuberculoses. Rapporteur français : Prof. Arloing, de Lyon.

La section sociale, qui a pour président le professeur Landouzy, a pris les trois questions suivantes : 1° Facteurs étiologiques de la tuberculose. Rapporteur français : Dr Rome. — 2° Rôle des dispensaires et des sanatoriums dans la lutte anti-tuberculeuse. Rapporteur français : Dr Courtois-Suffit. — 3° Assurances et Mutualités dans la lutte contre la tuberculose. Rapporteur français : M. Edouard Fuster.

Le Secrétaire Général : M. LETULLE. — Le Président : BROUARDEL.

Faculté et Hopitaux.

M. le professeur Poirier commencera son cours d'anatomie le mercredi 9 novembre, à 4 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole Pratique, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants.

— M. Paul Carnot, agrégé, commencera des conférences de pathologie interne, le lundi 7 novembre, à 6 h. au petit amphithéâtre de la Faculté.

— M. Brindeau commencera des conférences d'obstétrique, le mardi 8 novembre 1904, à 6 h. au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

— Sont nommés pour faire partie du jury du concours de l'externat : MM. Roubinovitch, Lenormand, Gasne, Gosset, Rudeaux, Herbet, Bernard et Papillon.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 44 29 OCTOBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles

Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle

Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY.

SOMMAIRE

PRÉPARATION DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES PROCHAINES

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

Réunion du Conseil en vue de l'Assemblée générale.

20 octobre 1904.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne et H. Cézilly.

Le Conseil décide la publication, au numéro 44 du journal, des rapports statutaires de la Direction, de la Rédaction et du Trésorier.

Il prend connaissance de nombreuses idées soumises par les confrères à propos des referendums récents sur le Tarif ouvrier, la Responsabilité civile du médecin, etc..., et décide qu'il s'en inspirera dans les propositions à soumettre à l'Assemblée générale.

L'ordre du jour de celle-ci est en conséquence ainsi réglé :

Allocution du Président ;

Comptes et budgets ;

Création de Correspondants régionaux pour la propagande et le contrôle ;

Caisse de protection contre la responsabilité civile ;

Le Tarif ouvrier et les conséquences de son application ;

La Réforme des études médicales ;

Etat de la Caisse des victimes du devoir ;

Propositions diverses parvenues au Conseil, en temps utile.

Cette assemblée générale est fixée au 20 novembre, chez Marguery. Elle se tiendra à trois heures de l'après-midi, faisant suite à celle de l'Association Amicale et précédant celle du « Sou médical ».

Le Conseil se sépare après avoir réglé tous les détails de ces assemblées et du banquet, qui sera commun au Concours Médical, aux diverses Filiales et à l'Union des Syndicats.

Pour ce banquet, la cotisation sera perçue à l'entrée de la salle : elle est de 10 francs, le supplément restant à la charge de la Société civile.

Le Secrétaire trésorier.

Dr MAURAT.

Rapport du Conseil de Direction de la Société civile.

Nous sommes arrivés à l'heure, statutairement prévue, où le Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical doit rendre compte de ses actes avant l'Assemblée générale prochaine.

Tout d'abord, qu'avons-nous fait en exécution des vœux qui s'étaient fait jour l'année dernière?

1. *La réforme des études médicales.*

Poursuivant les préoccupations nées au sujet de la réforme nécessaire des études médicales, nous avons, grâce à notre excellent collaborateur et ami, M. le Dr Lacroix, poussé aussi loin que possible l'enquête près des hommes compétents de chaque branche de l'enseignement médical. Il s'en dégagera des conclusions qui vous seront soumises et qui prendront place à côté de celles que vous avez adoptées l'année dernière. Le projet sera ainsi complet l'année prochaine et il ne nous restera plus, après avoir constaté *l'accord dans les paroles* qu'à demander à nos maîtres *l'accord pour les actes*. Cette question n'a pas été soulevée, comme quelques-uns pourraient le croire, pour offrir seulement un thème à dissertations. Elle est éminemment d'ordre pratique et absolument vitale, parce que, dans les heures difficiles que nous traversons, et au cours d'une crise que l'encombrement va faire durer pendant toute une génération, il faut que nul d'entre nous ne manque à gagner pour raison d'insuffisance du savoir professionnel, de même que ce défaut de connaissances pratiques ne doit pas mettre en question, à tout instant, notre responsabilité, suivant la tendance des tribunaux et surtout des mauvais clients.

2. *Les œuvres de prévoyance.*

Nous sommes restés aussi fidèles que par le passé à ce culte de la prévoyance qui fit naître de la Société du Concours médical la *Caisse de retraites* et l'*Amicale maladie*. A l'une et à l'autre nous aurons fait subir, cette année, d'importantes modifications destinées à assurer l'avenir sur des bases inattaquables : celles que réclamaient les actuaires. Depuis la loi mutuelle de 1898, il n'est plus permis de sacrifier à la sentimentalité dans la gestion des œuvres de ce genre ; les « à peu près » ou les « inconnus » au milieu desquels il fallut marcher lors de la création sont aujourd'hui jugés par l'expérience ; la parole n'est plus qu'aux tables, aux barêmes, aux calculs et, de gré ou de force, il faut tout faire rentrer sous ce régime, tout en respectant le plus possible, bien entendu, les droits acquis, mais en sacrifiant ce qu'il y avait de chimérique et d'aléatoire dans les espérances lointaines. C'est pour ces motifs que les statuts et tarifs de la Caisse des pensions viennent d'être changés pour une remise au point, et que la combinaison C s'est ouverte dans l'Amicale, alors que s'y fermait la porte d'entrée de la combinaison B, dangereuse pour un avenir plus ou moins prochain. C'est pour ces raisons aussi que les Conseils de ces œuvres se sont préoccupés cette année, avec un soin tout particulier, de renforcer leurs contrôles, de prévenir les irrégularités ou les complaisances de la camaraderie. Les affaires sont les affaires ; l'ordre et la méthode qu'elles exigent ne peuvent

---

FEUILLETON

Naïvetés

Des faits précis s'incrustent davantage dans l'esprit, ont plus de portée que les raisonnements les plus sages, les plus pratiques. C'est pour cela que j'ai tenu à vous raconter ce qui suit :

I. — Un médecin du quartier Monceau, qui pourrait se tirer d'affaire s'il savait rester chez lui, au lieu d'aller perdre aux courses tout ce qu'il touche (du moment qu'on joue à n'importe quoi, on perd forcément) était depuis longtemps en quête d'un moyen de battre monnaie. Il crut l'avoir trouvé, il y a quelques mois, au fond d'un récipient de verte oxygénée et voici l'idée lumineuse qu'il mit aussitôt à exécution. Il fit distribuer dans le quartier, le dernier évidemment dans lequel une semblable proposition pouvait avoir des chances d'aboutir, *quatre mille* circulaires, où il proposait de traiter à forfait, moyennant dix francs par an, toutes les personnes qui accepteraient ce mode d'abonnement. C'était naïf, pour ne pas employer d'épithète plus malsonnante ; il est bien évident que le public ne manquerait pas de dire : voilà un médecin besogneux, qui doit être un charlatan et n'offre aucune garantie, pour avoir le toupet de rechercher à nous allécher avec pareil tarif. Qu'est-ce qu'il peut nous donner pour ce prix-là ; on en a toujours pour son argent.

Les rares commères du quartier s'avouèrent réciproquement que si jamais leurs enfants étaient malades, elles aimeraient mieux se priver du nécessaire, afin de pouvoir faire appeler un médecin bien posé, que de les confier au premier venu. Les pauvres chéris, on avait assez de peine à les avoir et à les élever, pour ne pas s'exposer à les perdre par sa faute, dans un but d'économie mal comprise.

Bref, la circulaire fut l'objet de nombreux commentaires nullement élogieux pour son auteur ; elle fut généralement considérée comme une fumisterie, et le résultat se traduisit par deux modestes adhésions, pas davantage, et encore il n'est pas dit que la prime sera payée.

C'était bien la peine de se compromettre pour un aussi mince résultat ; fallait-il manquer de jugeotte pour jeter l'hameçon dans de pareilles conditions et croire que des poissons bien argentés allaient s'y prendre !

II. *Autre fait.* — Un confrère, ayant la cinquantaine, avait vu sa situation s'amoindrir, quoiqu'il fût seul dans sa commune ; des débutants pleins de fougue s'étaient installés à proximité et lui faisaient une concurrence aussi pénible qu'imprévue. Quoiqu'il fût du pays, sur ses terres, qui lui donnaient presque de quoi vivre, il prit la résolution de changer de milieu, dès qu'il aurait trouvé un fixe rémunérateur. J'eus beau lui faire remarquer qu'à un certain âge on ne recommence pas sa vie, qu'à moins d'avoir suivi certaines filières, à la suite desquelles on peut arriver à la fin de sa carrière à des émoluments enviables, la plupart des appointements fixes sont dérisoires et absolument disproportionnés avec les services réclamés, il ne voulut rien entendre ; après avoir cherché aux quatre points cardinaux, il

être qualifiés de taquinerie ou de mesquinerie quand ils ne sont que l'expression de la justice dans la pratique de la solidarité.

3. *Défense contre les collectivités.*

Mais c'est sur la question de la défense professionnelle que vous nous aviez donné les instructions les plus pressantes. Alors que les luttes de toute espèce se soutiennent, aujourd'hui, par voie de groupements serrés et compacts, aux blocs adversaires formés par les collectivités, nous avons opposé le bloc de nos associations professionnelles : Union des Syndicats et Syndicats, Sou médical, Concours médical, Association générale des médecins de France. Des commissions mixtes (n'ayons pas peur des mots), réunissaient nos divers délégués et, après avoir établi rapidement les cahiers de revendications, elles ont adopté les plans de bataille ou d'action.

L'une d'elles prépare pour l'année prochaine un Congrès de l'exercice illégal dont il est permis à cette heure d'attendre de sérieux résultats.

Une autre a planté, devant le projet Astier, un projet de loi sur l'exercice de la pharmacie qui s'inspire, avant tout, de l'intérêt de la santé publique et du respect des sages prescriptions de la loi de germinal, en adaptant ses articles aux exigences de la thérapeutique moderne. Le projet Astier a disparu de l'ordre du jour des Chambres ; le nôtre y entrera quand, d'accord avec nos confrères députés et sénateurs, nous en verrons l'heure indiquée.

Une troisième commission mixte, composée de la même façon, a lié partie avec les Associations pharmaceutiques les plus militantes pour s'opposer à des menaces dirigées contre les deux professions par un mouvement mutualiste qui se grise de ses succès.

Nous y lutterons, partout où il le faudra, contre toutes organisations monopolisatrices de soins médicaux ; cliniques et consultations mutualistes, pharmacies mutualistes, dispensaires, etc... parce que tout cela, c'est le rabais commercial et mesquin, menaçant pour la liberté et la santé des prévoyants, dangereux pour notre indépendance, notre dignité, et notre gagne-pain.

Plus assidûment que jamais sur la brèche, devant les Cies d'assurances-accidents et à propos de la loi sur les accidents du travail, nous avons gagné pied à pied un terrain qui finira bien par rester nôtre. Il le serait depuis longtemps, sachons le reconnaître, si nous n'avions été trahis par ceux des confrères qui opposent sans scrupule leur misérable intérêt personnel à nos revendications communes. Si ces hommes à courte vue, si ces mathématiciens qui ne comptent qu'au jour le jour, avaient su comprendre, dès la première heure, que la conquête de leur liberté et de l'intégrité de leurs droits pécuniaires ne demandait qu'un petit sacrifice passager, le litige n'existerait plus. Mais il y avait la routine et le culte des contrats (quels contrats !) ; on défendait cela comme des privilèges bien acquis, et les spéculateurs ont dû joliment rire *in petto* en se découvrant, dans le corps médical, de si indomptables alliés.

C'est cet aveuglement qui prolonge la lutte obsédante, nous forçant à obtenir des tribunaux, des législateurs, de tous les pouvoirs successivement, ce que nous pouvions nous offrir nous-mêmes, tout seuls, du jour au lendemain, si confraternité était devenu, jusque dans les actes, syno-

---

se laissa séduire par un directeur d'usine qui lui promit trois mille francs par an. Naturellement, il s'était fait ce raisonnement, qu'en réalisant au moins autant en clientèle, avec ce qu'il avait, il ne consommerait plus de vache enragée, ce quadrupède légendaire si coriace et si difficile à digérer.

Il n'avait oublié de voir qu'une chose, c'est que le pays était à peu près uniquement habité par le personnel des ateliers, dont le service était d'ailleurs si absorbant qu'il n'aurait pas eu le temps de faire des visites ailleurs, dans un rayon de quelques kilomètres surtout, si des clients capables de l'honorer convenablement avaient fait appel à son intervention.

Bref, comme les conditions d'existence étaient plus onéreuses, qu'il ne pouvait plus utiliser les produits de sa propriété, sa situation fut encore plus précaire qu'auparavant. Ne pouvant revenir à son point de départ, il dut se contenter de ce poste ingrat, en maudissant l'imprévoyante décision qui l'y avait poussé.

Puissent nos futurs successeurs faire leur profit de cette déconvenue ; ils sont tous pressés d'avoir le lendemain assuré et se laissent circonvenir par les mutualités et les associations de tout ordre, qui cherchent à les accaparer, après avoir échoué auprès des anciens, mieux avisés. Nous leur avons dit bien des fois, au *Concours*, qu'ils ne devaient pas se mettre un pareil boulet au pied, qu'ils agissaient contre leur intérêt, qu'en sachant attendre, ils retrouveraient largement et au-delà, dans l'exercice ordinaire, même avec des prix de faveur aux indigents et aux corporations philanthropiques, le fameux fixe qui les hypnotise. *Caveant juvenes* !

III. — *Troisième exemple.* — Nous ne cessons de répéter que les postes favorisés étant l'objet de convoitises plus nombreuses, sont forcément exposés à l'encombrement. On peut dire des stations hivernales en particulier, ou des villes d'eaux, qu'il n'y en a pas une qui n'ait trop de médecins ; les plus connues sont affligées d'une pléthore qui dépasse trois ou quatre fois le nécessaire, si bien que le plus grand nombre des consultants ne font pas même leurs frais, ne réalisent que des recettes dérisoires. C'est archi-connu ; mais on ne veut pas nous croire lorsque nous avertissons charitablement les audacieux ; que j'en ai vu battre en retraite et renoncer à la lutte, après des années de vaine attente. On ne veut voir que ceux qui ont réussi, sans songer que là où il y a plus d'avantages en perspective, le stage à faire est nécessairement plus long.

Il va y avoir deux ans, un médecin de quartier, de Paris, a poussé son fils à s'installer dans une de nos principales cités thermales : d'ici deux ou trois ans, me disait-il en toute confiance, il aura une jolie situation, il pourra se tirer d'affaire et contracter un brillant mariage. Comme je lui faisais remarquer qu'il était bien optimiste et qu'il ne fallait pas compter sur la réussite avant un stage d'une dizaine d'années, il se mit à partir d'un rire sceptique, m'affirmant que j'étais mal renseigné ou que mon estomac, devenu sans doute ombrageux, me faisait envisager les choses en noir. Il a fallu déchanter bien entendu et mon protégé aurait changé de poste, si je ne l'avais engagé à ne pas courir de nouveaux risques, pour ne pas perdre le bénéfice de ce qu'il avait déjà semé.

Si l'un des nôtres se fait de pareilles illusions, on conçoit combien la parenté ordinaire doit être

★

nyme de solidarité, autant qu'on a l'habitude de le dire.

De ce côté l'Assemblée générale aura sans doute à enregistrer le bilan de ce que nous aurons obtenu au Sénat où nous sommes vaillamment défendus. Nous avons fait tous nos efforts depuis de longs mois, pour qu'un grand pas soit effectué dans cette discussion à la Chambre Haute. Dans quelques semaines nous saurons si notre vœu s'est réalisé, et, s'il ne l'est pas, nous déciderons de continuer la campagne plus ardemment encore, car le Concours médical ne connut jamais le découragement et la résignation devant l'iniquité.

Voilà de quelle façon, au cours de 1904, le Conseil de direction a cru devoir passer à l'action pour le succès des vœux émis par l'Assemblée générale dernière.

4. *Initiatives du Conseil.*

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les compte rendus de ses réunions, nous remarquerons que son initiative, s'inspirant de l'actualité, s'est exercée sur des points très divers.

Il a contribué dans une très large mesure à établir l'accord absolu de tous les chirurgiens et médecins d'hôpitaux sur la revendication légitime d'honoraires pour les soins que ceux-ci donnent aux victimes du travail, et il n'a pas voulu qu'une enquête inutile fût recommencée sur ce point bien acquis, comme la proposition en a été faite dans une de nos Sociétés insuffisamment renseignée. Par lettre et démarche au Ministère, il a signalé ce que les instructions administratives avaient eu d'incomplet sur ce sujet et les ridicules interprétations données à celles-ci par certains préfets et plusieurs commissions hospitalières.

A propos de l'émotion soulevée au Sénat par la discussion du budget de l'Assistance médicale gratuite, votre Conseil a rappelé que la plupart des scandales signalés seraient évités si nos Syndicats et autres groupements allaient au-devant des administrations locales pour collaborer à l'organisation ou aux modifications des services départementaux. Il est, dans ces négociations, une façon de s'imposer habilement que le tact médical ne doit pas trouver au-dessus de ses forces et devant laquelle un Bureau ne saurait reculer sans être passible du grave reproche de défection.

A toutes les Sociétés qui se sont constituées pour la protection d'une partie quelconque des intérêts du médecin, nous nous sommes empressés de tendre une main fraternelle sans prendre le moindre ombrage de les voir nous concurrencer pour le bien général. La bienfaisance mutuelle, la prévoyance faite entre médecins ne sont pas choses monopolisables, et il suffira toujours à notre grande Société d'avoir été une éducatrice en ces matières pour applaudir aux efforts et aux succès des élèves qu'elle a pu faire.

Cette année, est revenue, dans les discussions, une question qui, pour le Concours, est une bien vieille connaissance : l'établissement d'un code de déontologie. Mais votre Conseil, très surpris de voir les articles de ce projet s'inspirer beaucoup plus de l'opinion de la galerie que de la conscience du praticien, a considéré qu'il y avait là un point de départ mauvais et inexact, et qu'après avoir beaucoup palabré à côté de ce qui intéresse, l'étude n'aboutirait à rien de pratique. Il s'est abstenu : des polémiques récentes,

---

plus prompte à se laisser emballer : « Je ne peux pas faire comprendre à mes sœurs et à mes oncles, me disait un voisin qui exerce depuis cinq ans, que je joins à peine les deux bouts. L'un d'eux m'a sérieusement proposé de lui confier mes économies, pour qu'il puisse les faire fructifier dans une entreprise de tout repos, qu'il dirige. Pour un peu, on me soupçonnerait d'avoir des vices coûteux et peu convenables, et on ne cesse de me jeter à la tête la réussite du Dr X... ou Dr Y... qui sont moins bien installés que moi et gagnent ce qu'ils veulent ». Heureusement pour lui, il est indépendant, sa vie matérielle est assurée, et il peut laisser couler l'eau sous les ponts de la Seine, sans avoir envie d'aller s'y jeter. Son tour viendra avec un peu de patience, et, ce jour-là, il sera récompensé de sa noble tenue.

En somme, en toutes choses, il faut du temps pour aboutir, pour percer, pour s'imposer ; plus ce sera difficile, j'en suis convaincu, si le nombre des étudiants ne diminue pas périodiquement, de façon notable.

IV. — J'ai gardé pour la fin, les avatars et les déboires des médecins qui font de la politique. Interrogez ceux qui, en apparence, ont été le plus favorisés, ceux qui ont reçu titres et distinctions, places et hochets ; s'ils veulent être sincères, ils vous répondront qu'ils ont joué un rôle de dupes, qu'ils ont plus perdu qu'ils n'ont gagné au jeu enfiévré des partis. J'ai reçu pour mon compte des aveux très explicites de plusieurs amis, qui sont décorés, qui ont été maires, conseillers généraux, etc.; tous regrettent de s'être aliénés une partie de la population, d'avoir déplu aux uns pour s'être laissés accaparer par les autres, d'avoir enchaîné leur liberté et compromis leur indépendance. Chacun de leurs partisans les exploite, les obsède, en abuse, sans même respecter leurs heures de détente et de repos. Un politicien lancé n'a pas le droit d'être fatigué, ni de faire payer ; on trouve qu'on a assez fait lorsqu'on a voté pour lui, lorsqu'on a contribué à lui valoir une situation officielle, qui lui prend son temps, qui le rend l'esclave d'un parti, d'une coterie, d'une loge. Que ceux qui sont riches, se laissent séduire par l'ambition, l'orgueil de parader, d'être en vedette et aussi, je n'en disconviens pas, par la facilité qui leur est offerte quelquefois de faire un peu de bien, c'est leur affaire ; c'est un luxe qu'ils peuvent s'offrir. Mais il n'en va pas de même pour la masse. Ah ! si j'avais su, vous disent-ils à l'époque de la maturité, lorsqu'il faut doter la fillette et établir les garçons, leur procurer un gagne-pain, si... si j'avais su, je ne me serais pas risqué dans cette galère, où j'ai attrapé tant de horions, subi tant d'injures et d'où je sors aussi pauvre qu'avant (ce qui est à leur honneur), plein d'anxiété pour l'avenir des miens.

Certes, on ne peut pas se désintéresser de ce qui se passe autour de soi ; il est parfois tentant de mettre la main à la pâte, de pousser ce qu'on croit être la roue du progrès, d'agir en bienfaiteur de l'humanité ; mais en général on laisse toujours de ses plumes dans les luttes politiques, on en sort meurtri, découragé, ayant déserté, sans profit, la besogne saine et honorable que comporte l'exercice de notre belle profession.

Dr GRELLETY (de Vichy).

ainsi portées devant la même galerie, le confirment dans son opinion que la déontologie est une morale professionnelle assise sur d'autres principes que ceux-là.

Peu à peu, à travers mille tâtonnements, on cherche partout à essayer l'application de la loi sur la Santé publique. Cette fois encore, c'est l'organisation des mesures onéreuses qui soulève toutes les difficultés, et les règlements d'administration publique, conçus de façon plus ou moins heureuse, se trouvent livrés, pour la mise en pratique, à des hommes qui s'inspirent trop de la politique et de l'économie.

Nous avons récemment fait connaître des types très divers d'organisations départementales de la vaccination. En Seine-et-Oise seulement, si nous sommes bien informés, les mesures ont donné toute satisfaction aux médecins : mais le rapporteur était M. le Dr Amodru, député, président du Conseil général, et membre du *Concours médical*, et on peut dire que là nous avons fait nous-même nos affaires.

Nous les avons faites aussi, en matière de désinfection, (sans attendre les règlements de désinfection qui ne viennent pas), grâce à une ardente propagande en faveur du Fumigator. Par ce procédé pratique, nous sommes désormais en mesure d'assurer la prophylaxie autour de nos contagieux, sans interventions tapageuses, et, quel que soit le règlement futur, nous continuerons de le faire en toute facilité et en toute sécurité ; de même que l'autorisation officielle de notre service vaccinal nous permettra de ne rien changer à nos habitudes.

C'est ainsi que, dans toutes les évolutions nécessaires, le Concours médical compte et doit toujours compter, d'abord, sur ses propres initiatives, parce qu'elles atteignent du premier coup au côté pratique de notre vie professionnelle.

Comme par le passé, d'accord avec l'Association générale et l'Union des Syndicats, votre Conseil s'est livré à une propagande incessante pour le rapprochement des praticiens en groupements locaux. Aussi avons-nous eu le plaisir d'annoncer pas mal de naissances ou de résurrections : tout récemment, par exemple, la création des Syndicats des Hautes-Alpes et des Basses-Alpes (pays où il ne s'en était jamais créé). Un peu avant, le Syndicat de Vaucluse s'est constitué ; celui du Var va se remettre debout ; tous ceux qui vivaient déjà sont entrés dans l'activité féconde et en fournissent quotidiennement des preuves. Notre prédication atteint donc aux résultats évidents.

Arrêtons là cette rapide énumération afin de laisser quelques bonnes surprises aux assistants de l'Assemblée générale prochaine. Laissons surtout ce qui est encore à l'état de projet, et ne doit mûrir qu'après discussion générale, et constatons seulement, pour finir, que l'activité du Concours médical et de son Comité Directeur fut plus grande encore que par le passé et obtint aussi plus de résultats. Elle fut plus grande parce que le corps médical fait face à des dangers plus nombreux de jour en jour ; elle fut plus efficace parce que l'œuvre a grandi par le nombre et l'influence, grandi par les services rendus, grandi par la cohésion des efforts, grandi surtout par la démonstration quotidienne que fait le « Sou médical » du caractère équitable et pratique des revendications sorties de nos études. Et c'est pourquoi nous sommes conduits à cette conclusion : « *Le Concours médical sera une puissance irrésistible quand tous ses membres auront adhéré au* « Sou médical », *c'est-à-dire quand ils auront ainsi prouvé leur volonté de passer des paroles aux actes.* »

Le Conseil de Direction.

Rapport du Comité de Rédaction.

Le pivot sur lequel s'éleva et repose toujours l'œuvre du Concours médical est ce journal hebdomadaire dans lequel nous entassons, avec toute la méthode possible, les renseignements, les informations, les avis, que le praticien isolé nous semble devoir toujours attendre avec impatience. Nous sommes ici une bonne douzaine de collaborateurs vigilants, attentifs, spécialisés chacun dans sa branche, qui tenons l'œil ouvert à tout ce qui se dit, se fait, ou s'écrit autour de nous, obsédés par le souci d'en faire profiter le lecteur après supplément de renseignements, contrôle sévère, mise au point consciencieusement pratiquée. Lorsque, tous les lundis, chacun de ces fidèles apporte sa contribution, le rédacteur en chef ne peut s'empêcher de dire : « Parfait, c'est cela ! Au reçu du journal, nos camarades peuvent user de la recette que vous leur fournissez. »

Guide constant, bréviaire du praticien, voilà, en effet, ce que voulut toujours être le *Concours médical*.

Nous savons que le médecin n'a pas le temps de lire beaucoup : le problème que nous avons à résoudre dans chaque numéro est donc celui-ci : « bien remplir l'heure que le lecteur nous donnera chaque semaine ».

A l'actualité, nous consacrons, dans ce but, des rubriques spéciales : *Propos du jour*, *Semaine médicale*, *Chroniques*, *Reportage* ; à l'entretien de nos connaissances scientifiques : des *cliniques*, des articles de *médecine pratique* (ce mot revient toujours pour contraster avec les hypothèses des communications... dites savantes), des *observations*, des *cas rencontrés et vécus* ; aux embarras quotidiens que le médecin rencontre pour suivre sa ligne de conduite professionnelle : la *petite correspondance*, les *études professionnelles*, la *jurisprudence médicale* ; à son repos, à ses rêveries, le *feuilleton*, les *variétés* ; à ses besoins, nos *insertions gratuites*, *nos divers services*.

Tout ce qui prend place dans nos colonnes répond, en un mot, au devoir du journaliste : de renseigner, d'éclairer, de guider les hésitations. On ne croit pas déchoir, ici, quand, pour rendre service à ses lecteurs, on descend jusqu'aux petits détails ; envoyer de bon vaccin, procurer des analyses bien faites, indiquer un établissement de traitements spéciaux qui a sa réputation faite, prôner un procédé utile de désinfection. On prend la responsabilité de tout ce que l'on met sous bande jusques et y compris les clichés de la publicité ; car ils ne sont pas collés là comme sur un mur banal, mais bien signalés comme recommandables parce que les rédacteurs ont expérimenté au préalable.

Sans doute, la tâche est plus lourde et la responsabilité plus grande à composer ainsi tout un journal en surveillant les plus petits détails. Mais

qu'importe si l'on y gagne la confiance et s'il en résulte des ressources pour mener à bien des œuvres d'importance capitale comme les Caisses de prévoyance, le Patronage médical, le « Sou médical », etc. ?

L'expérience, du reste, a répondu et répond tous les jours avec éloquence. Nos lecteurs ont compris qu'il faut lire le journal dans tous les coins, suivre tous ses conseils quand il en donne, éviter ce qu'il suspecte, prescrire ce qu'il recommande, aller à toutes ses indications. Ils savent que, s'ils éprouvent par hasard une déception, nous l'enregistrons avec empressement pour faire améliorer ou pour éconduire un intrus qui aurait abusé de notre hospitalité : ils savent que nous sommes libres chez nous et n'acceptons d'autres inspirations que celles de nos lecteurs et de nos assemblées générales.

C'est dans cet esprit que nous rédigeons le *Concours médical*, accessibles à toutes les suggestions, échos fidèles des préoccupations de la masse, à la recherche constante de tous les moyens petits et grands de venir moralement et matériellement en aide à ceux qui nous lisent.

On nous pardonnera de l'avoir répété pour la *vingt-sixième* fois, au début de ce rapport, avant de faire la revue rapide de ce qui fut, cette année, le thème de nos rédacteurs.

La partie scientifique a subi un regain de vitalité et d'actualité grâce à la collaboration active de nouvelles plumes autorisées. Nous tenons, en effet, à éloigner de notre rédaction tout ostracisme et tout esprit de chapelle ; n'étant pas le journal de M. le professeur X., ni de M. le pharmacien Y., nous envisageons toujours les questions scientifiques sans parti pris et avec la plus grande liberté. C'est ce qui fait que, parfois, nous n'avons pas hésité à consacrer des articles de fond à des médications dont la valeur *nous* paraît surabondamment démontrée par des observations personnelles, et à en réhabiliter d'autres trop oubliées *à notre avis*.

Nous ne nous lassons pas et nous ne nous lasserons pas de publier tout ce qui peut intéresser les praticiens sur la tuberculose et son traitement, rejetant volontairement les tentatives thérapeutiques qui sentent un peu trop les tréteaux et la grosse caisse et ne parlant que de celles dont notre expérience personnelle nous a paru confirmer les promesses. Nous avons insisté avec beaucoup de persévérance sur les résultats surprenants que donne la cure maritime prolongée dans les cas de tuberculose osseuse ou ganglionnaire, et nous espérons convaincre par notre ténacité les sceptiques et même les réfractaires.

Très épris de certains agents de la matière médicale moderne, nous n'avons négligé aucune occasion de les signaler : collargol, peroxydes, eau oxygénée, thigénol, thiocol, stovaïne, etc. Mais nous avons à cœur de rafraîchir, de temps en temps, la mémoire de nos lecteurs sur les bonnes méthodes de l'ancien temps : la saignée, les purgatifs, les éméto-cathartiques, l'emploi des sangsues, du quinquina, du fer, etc., que ne parviendront sans doute jamais à remplacer les procédés modernes d'antisepsie intestinale, de sérothérapie, de poisons chimico-organiques et d'opothérapie. En somme, il faut se tenir au courant des méthodes nouvelles, mais il convient de ne pas oublier les anciennes ; c'est cent fois plus de mémoire qu'il faut et voilà tout : mais cet effort de mémoire ne doit pas fausser le jugement, et si l'on peut glaner, selon ses caprices, dans les formulaires anciens et modernes, lorsqu'il s'agit de soigner des maladies bénignes et sans conséquences, on n'a plus le droit de faire de la fantaisie quand il y a danger pour les suites ou pour la vie. Dans les vieilles méthodes, il n'y a pas que de la fantaisie, il y a beaucoup de médications énergiques et jugulatoires à retenir.

Nous avons fait une large place aux leçons cliniques d'un intérêt pratique évident : médecine, chirurgie, obstétrique en particulier, ont été successivement passées en revue et mises au point scrupuleusement ; notre journal à servi de porte-parole aux professeurs de la Faculté auprès de nos confrères de la province et des campagnes qui ont souvent besoin d'un peu de manne pour les encourager et les aider à triompher des difficultés qu'ils rencontrent.

Grâce aux facultés polyglottes de nos rédacteurs, nous avons fréquemment eu l'occasion d'offrir à nos lecteurs la traduction fidèle des articles les plus saillants des journaux Allemands et Anglais ; c'est une très profitable tenue au courant, dont nous les remercions bien vivement. — Enfin, pour augmenter le charme de nos relations confraternelles et pour stimuler l'émulation de tous, beaucoup de nos amis nous ont envoyé des observations ou des études personnelles que nous avons insérées avec plaisir quand elles nous paraissaient avoir un réel intérêt général et pratique : d'autres nous ont interrogé et nous ont obligé à nous instruire pour les satisfaire (*docendo doctissimus*) : c'est un service immense qu'ils nous ont rendu, nous les en félicitons et nous rééditons pour eux le fameux « Continuez », qui, cette fois, s'adresse au praticien sans cesse sur la brèche, le véritable nègre de la profession.

La partie professionnelle est, pour le *Concours Médical*, la fille jumelle de la partie scientifique ; on la soigne avec un égal intérêt, et c'est merveille d'entendre tous les jeudis, à la séance du Comité de Rédaction, la dispute courtoise des tuteurs de l'une et de l'autre qui se mesurent la moitié du numéro à un quart de colonne près.

C'est que savoir n'est pas tout pour être un bon médecin, il faut aussi savoir faire, connaître ses devoirs, connaître surtout ses droits, apprendre comment revendiquer ceux-ci contre tant de gens qui cherchent à les transgresser.

La *Jurisprudence médicale* et la *Chronique du « Sou »* sont spécialement consacrées à cette partie de la tâche ; le *Propos du jour* les y aide souvent, quand il s'agit d'attirer fortement l'attention sur une question capitale.

Les *Etudes*, qui furent, à la naissance de notre Société, la raison d'être du journal, se présentent le plus souvent sous la rubrique : *Chronique professionnelle*, *Déontologie*, *Correspondance*. C'est là que prennent leur essor les questions qui sont portées ensuite, quand il y a lieu, devant les assemblées générales ; c'est là que tribune ouverte est tenue à tous ceux qui ont un mot utile à dire. Notre seul regret est que la place y soit encore trop mesurée pour publier ce qui nous vient aux jours de referendum. L'analyse la plus pénétrante et la plus consciencieuse ne vaut jamais la lettre elle-même et nous serons heu-

reux, le jour où nos confrères, doublant par leurs prescriptions les ressources qui proviennent de la publicité, nous permettront de leur donner la parole, sans réserve et sans marchandage d'espace, par augmentation du Journal.

Depuis quelques années, la plupart des Syndicats ont pris une grande activité : les Sociétés d'arrondissement de Paris, et quelques sociétés locales ont tenu à faire aussi des séances de plus en plus remplies. D'où, pour nous, plus de développement à donner au *Bulletin des Sociétés d'intérêt professionnel* qu'envahissent aussi parfois les procès-verbaux détaillés de nos œuvres de prévoyance. Là, encore, insuffisance de place que le nerf de la guerre pourra seul faire disparaître.

Et c'est ainsi que nous sommes toujours ramenés à la même conclusion. Pour que l'Œuvre du Concours médical prospère et grandisse sans cesse, il faut que grandisse et prospère le journal qui la propage ainsi que ses filiales.

C'est dire que quand la Rédaction donne tout son effort, il faut que le lecteur ne néglige rien de ce qui lui incombe. Qui se fait « membre du Concours médical » doit se souvenir que la foi sans les actes nous conduirait au temps d'arrêt et à la déchéance.

Chacun doit son concours effectif, il faut qu'il le donne, le succès est à ce prix. LA RÉDACTION.

Rapport financier de la Société civile du « Concours médical ».

CAPITAL INALIÉNABLE.

Recettes.

Au 1er octobre 1903, l'avoir inaliénable de notre Société se décomposait comme suit :

Portefeuille	46.952.47
Espèces	528.69
Total	47.481.16

Pendant l'exercice, il a été vendu les valeurs suivantes :

10 oblig. Ville de Paris 1871, nos 650.048 — 650.057 inclus.
(Prix d'achat : 3.935 fr.). 4087 50

8 oblig. Ville de Paris, 1871, nos 605.058, 934.506, 12.211.942 à 947.
(Prix d'achat : 3.148 fr.). 3.316 40

1 oblig. foncière 1879, no 481.887
(Prix d'achat : 475 fr. 50).. 504.50

1 oblig. commun. 1880, no 592.204
(Prix d'achat : 500 fr.).... 503.00

12 oblig. communales 1879, nos 14980, 97.269, 106.794 à 797 inclus, 205.674, 647.528, 136.002, 149.174, 332.420, 817.305.
(Prix d'achat : 1 à 458 fr. 50 et 11 à 446 fr. soit : 5.364 fr. 50). 5700 f. 00

10 actions de la Maison de Santé de La Plaine-Monceau.. 1000 f. 00

Ce qui modifie de la façon suivante l'avoir non-disponible :

Portefeuille	32.529.47
Espèces	15.640.09
Total	48.169.56

N. B. — L'augmentation de 688.40 provient du bénéfice réalisé sur la vente des valeurs mentionnées plus haut

Produit des adhésions nouvelles	500 »
Total	48.669 56

dont 16.140 fr. 09 en espèces.

Dépenses.

Il a été acheté deux actions de la Financière médicale, nos 641 et 2137	125 »	
Il a été payé 1o le 4e quart de la souscription à 184 actions de 100 fr. de la Mson de santé de la Plaine-Monceau.	4.600 »	17.225 »
2o les deux premiers quarts de la souscription à 250 nouvelles actions de la Maison de santé de la Plaine-Monceau	12.500 »	

Notre capital inaliénable au 1er octobre 1904 est donc de :

Portefeuille	49.754.47
A diminuer : Prélèvement temporaire fait sur espèces disponibles	1.084.91
Reste	48.669.56

En augmentation de 1188.40 sur l'année précédente.

CAPITAL DISPONIBLE.

Recettes.

Au 1er octobre 1903, l'avoir disponible était de	1.219.22
Depuis cette époque les intérêts de notre portefeuille ont produit	1.907.67
Nous avons reçu dans le cours de l'année en dons annoncés au journal	337.15
Droits perçus sur les remplacements	426.55
Total	3.890.59

Dépenses.

Frais supplémentaires du banquet de 1903	1.012.65
Frais de réunion et déplacements	487.50
Indemnité à l'employé comptable	50 »
Payé à l'enregistrement pour droits sur les intérêts	10.60
Cotisation à l'Association corporative des étudiants	20 »
Droits de garde, timbre et divers	21.55
Frais de transport et de conversion d'actions et frais de vente d'obligations	50.86
Impressions diverses	105.50
Palme pour la tombe du Dr A. Cézilly	427.50
Souscription au monument Th. Roussel	50.25
Total	2.236.41
Les recettes étant de	3.890.59
Balance en faveur de l'actif	1.654.18

Ce qui porte l'avoir total de notre société au 1er octobre 1904 :

Capital inaliénable...	48.669.56
Capital disponible...............	1.654.18
Total...	50.323.74

Savoir :

Portefeuille	49.754.47
Espèces à la Société générale.....	569.27
Total égal.........	50.323.74

Caisse de prévoyance des assurés sur la vie.

Au 1er octobre 1903, la situation était :

Portefeuille......................	13.390.30
Espèces...............	99.03
Total............	13.489.33

Recettes.

Au 1er octobre 1903, l'avoir en caisse était de........................	99.03
Le portefeuille a produit pendant l'exercice.........................	825.78
Il a été vendu 5 obl. foncières 1883, nos 1.017.038, 755.670, 2.840 638.038 et 039 (prix d'achat : 2 à 461.50 et 3 à 345 soit 1958) 2.201,25 ; 2 quarts d'oblig. Ville de Paris 1898, nos 521.901 et 902 (prix d'achat 105 fr.)............ 206 »	2.407.25
Total............	3.332.06

Dépenses.

Versement du 4e quart à la souscription à 100 actions de la Maison de santé de la Plaine-Monceau.....	2.500 »
Droits de garde des titres.........	7.20
Total..........	2.507.20
Les recettes étant de..........	3.332 06
Balance en faveur de l'actif...	824.86

N. B. — Un gain de 249.25 a été réalisé sur la vente des valeurs mentionnées ci-dessus.

Au 1er octobre 1904, l'avoir de la Société se décompose donc comme suit :

Portefeuille.........................	13.722.30
Espèces à la Société générale......	824.86
Total..........	14.547.16

En augmentation de 1058.13 sur l'année précédente.

Paris, le 6 octobre 1904,

Le Trésorier,

Dr A. Maurat.

LA SEMAINE MÉDICALE

Intoxication par l'hydrogène arsénié.

Dans le dernier numéro du *Concours médical*, notre confrère, M. le Dr Nouet, publie une note sur l'intoxication du sang très grave qu'il a observée chez les employés d'aérodromes et qu'il croit nouvelle. Peut-être est-ce, en effet, une affection nouvelle encore non décrite ; toutefois, MM. Lecornu et Belin ont publié une note sur le même sujet, le 4 décembre 1903, à la Société médicale des hôpitaux de Caen. Cette note concerne un jeune homme de 25 ans, employé dans un aérodrome et qui a guéri. L'arsenic a été décelé dans les urines en grande quantité, et le symptôme dominant a été l'ictère. D'une façon générale, les signes cliniques observés se montrent sous deux aspects différents.

1° Forme grave ou anémique, hémoglobinurie, puis apparition de l'ictère ; la mort survient du cinquième au vingtième jour.

2° Forme légère, diffère par la diurèse qui reste normale, et par une atténuation de tous les symptômes.

Le pronostic est toujours grave ; l'hydrogène arsénié agit en déterminant la dissolution des globules rouges dans le sang ; c'est un poison cithémolytique. L'hémoglobine mise en liberté cherche à s'éliminer par le foie et les reins. Ces derniers ne peuvent y suffire, *d'où l'anurie et la néphrite ; le foie manifeste sa réaction par l'ictère.*

Cette intoxication est très rare ; cependant les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires* et l'*Aérophile* signalent plusieurs faits semblables. Ce dernier journal relate 7 cas dont plusieurs mortels ; l'intoxication est due au mélange, à l'hydrogène des ballons, de gaz toxiques : hydrogène sélénié, hydrogène antimonié, et surtout hydrogène arsénié.

Cette intoxication a été étudiée très complètement, en outre, par M. le Dr André *Chaignot* dans une thèse soutenue à Paris cette année. Nous rapprochons les conclusions de cette thèse de la note de MM. *Lecornu et Belin.*

« Le gaz des ballons contient de nombreuses impuretés dues à la présence des réactifs employés pour la fabrication : arsenic, antimoine et sélénium. Ces trois corps déterminent en effet la formation concomitante à celle de l'hydrogène : hydrogène arsénié, hydrogène antimonié, hydrogène sélénié.

« Ces trois gaz agissent comme poisons du sang destructeurs des globules rouges. L'hydrogène antimonié et l'hydrogène sélénié sont, à la rigueur, négligeables, car ils sont moins toxiques et facilement décomposables. Mais l'hydrogène arsénié est difficile à éviter et extrêmement redoutable.

La quantité maximum d'arsenic pouvant être tolérée dans l'acide sulfurique employé pour la fabrication de l'hydrogène employé en aérostation est de *dix centigrammes par kilogramme d'acide.* Il est, en effet, prouvé que c'est surtout dans l'acide sulfurique que l'on rencontre l'arsenic. Le métal doit être également surveillé.

Cette détermination résulte : d'une part, d'expériences faites sur les animaux, d'autre part, de

recherches faites sur un certain nombre d'échantillons d'acides employés antérieurement, qui, possédant cette teneur en arsenic, n'ont jamais causé d'accident.

A l'heure actuelle, on ne doit employer pour la fabrication de l'hydrogène que de l'acide sulfurique obtenu par procédé de contact.

Les travaux du colonel Renard permettent actuellement d'obtenir industriellement de l'hydrogène chimiquement pur par l'électrolyse de l'eau. Ce procédé est destiné, en raison de ses avantages, à remplacer tous les autres procédés de fabrication.

Les accidents déterminés par l'absorption d'hydrogène impur sont très redoutables et mortels dans la moitié des cas.

« Les principaux symptômes observés sont « l'ictère » et l' « hémoglobinurie. »

« Ces deux phénomènes sont connexes et dus à une seule et même cause : la destruction du globule et la diffusion dans l'économie de l'hémoglobine plus ou moins modifiée.

« L'hémoglobinurie est en rapport direct avec le degré de l'hématolyse.

« L'ictère est primitivement un ictère méthémoglobique auquel vient se superposer secondairement un ictère biliphéique. ».

CHIRURGIE PRATIQUE

Sur une variété rare de hernie inguinale ;

Par le Dr Raymond Petit,

Chef de clinique chirurgicale adjoint à la Faculté.

Depuis que la cure radicale des hernies est entrée dans la pratique courante de la chirurgie, elle est devenue, par sa fréquence et sa facilité relative, une opération banale. La plupart du temps, l'opération, très simple, se fait suivant des règles parfaitement déterminées, sans imprévu pour ainsi dire, et seul le contenu de la hernie apporte parfois une variante dans la technique de l'opération.

Cependant, on peut rencontrer des variétés peu communes qui mettent le chirurgien aux prises avec des difficultés véritables et l'entraînent à exécuter une opération sérieuse et grave, au lieu de la cure radicale banale et, on peut le dire, aujourd'hui sans grand danger.

L'observation que nous rapportons ici en est un exemple intéressant que nous croyons utile de faire connaître pour mettre en garde contre la tendance que l'on a aujourd'hui à entreprendre la cure radicale comme une opération des plus simples, et souvent avec des instruments insuffisants.

A notre sens, et instruit par le fait que nous rapportons, il est imprudent d'entreprendre une cure radicale de hernie sans avoir des aiguilles à intestin et des fils appropriés ; souvent ce surcroît de précaution sera inutile, mais il ne faut pas s'exposer à être arrêté au cours de l'opération ou à la faire imparfaite, faute d'avoir songé aux variétés rares possibles.

Observation.

Charles S..., âgé de 45 ans, journalier, entre à l'hôpital Necker pour une hernie inguinale droite, dans le service du professeur Le Dentu.

Il y a 5 ans qu'il s'est aperçu de l'existence d'une grosseur du volume d'un œuf de pigeon dans l'aine droite ; un médecin porte le diagnostic de hernie. La tumeur se réduisait et le malade portait un bandage. Il y a un an, à la consultation de l'hôpital Necker, on lui conseilla de porter un bandage inguinal double, parce qu'il avait à gauche une pointe de hernie.

Cet homme travaille beaucoup et péniblement tout l'été ; sa hernie augmente de volume et descend dans les bourses ; il en souffre énormément. En même temps, il maigrit en deux mois de 17 kilogrammes, quoique se nourrissant bien.

Depuis 4 mois, la hernie droite est devenue très difficile à réduire ; on ne peut obtenir qu'une réduction partielle ; le bandage ne maintient pas la hernie, mais la comprime et détermine des douleurs assez vives qui ont plusieurs fois été accompagnées de nausées et de vomissements ; aussi, vient-il réclamer une intervention chirurgicale.

A l'examen, on constate l'existence d'une bacillose de l'épididyme du côté droit avec quelques nodosités sur le trajet du canal déférent. Il y a très légère hydrocèle à droite. Le toucher rectal permet de sentir une prostate normale ; les vésicules séminales ne sont pas atteintes.

La hernie est volumineuse et descend jusqu'au voisinage du testicule. Il s'agit d'une hernie intestinale irrégulière et qu'on ne peut arriver à réduire complètement. L'anneau inguinal paraît large, mais il est difficile à explorer, la hernie ne pouvant être réduite.

Cet homme présente, en outre, de la tuberculose pulmonaire du côté du sommet droit ; les lésions sont au premier degré. On trouve à ce niveau une diminution de la sonorité et de la respiration avec une exagération des vibrations thoraciques ; la transsonnance est augmentée de ce côté et on y perçoit de la pectoriloquie aphone au sommet. Le malade n'a pas craché de sang, mais il tousse depuis 4 mois et a notablement maigri. Ajoutons que ses antécédents de famille sont entachés de tuberculose.

On le soumet d'abord à un traitement général : repos et suralimentation. Enfin, on décide la cure radicale de la hernie.

Je l'opère le 16 décembre et je trouve une hernie par glissement du cœcum et de l'appendice. Ce dernier est long de 14 centimètres, mais d'aspect normal et il est pourvu d'un méso court. La hernie s'est produite par l'anneau inguinal très élargi. La majeure partie du sac de la hernie cœco-appendiculaire est réséquée et le péritoine suturé par un surjet au catgut.

Mais il existe encore à droite une hernie para-inguinale sortant par un orifice situé en dedans et un peu au-dessus de l'anneau inguinal. J'aborde cette hernie para-inguinale droite.

La recherche minutieuse d'un sac herniaire reste sans résultat, et trois fois nous ouvrons la cavité de l'intestin grêle qui constitue cette hernie.

En un point seulement, j'ouvre une petite cavité séreuse contenant un peu de liquide citrin et au fond de laquelle, sur les deux bouts accolés

de l'anse intestinale, se voit une petite masse fibro-graisseuse qui paraît être un débris d'épiploon.

Il y avait une fusion des deux bouts de l'anse grêle entre eux et une véritable symphyse par adhérences entre le péritoine du sac et celui de l'intestin grêle. Après avoir délimité l'orifice par lequel sort cette hernie et qui se trouve en haut et en dedans de l'orifice cutané du canal inguinal, je fais une hernio-laparotomie qui permet de libérer cette anse intestinale. J'en fais la résection au niveau de l'orifice abdominal et je pratique une entérorrhaphie circulaire par des sutures à la soie fine.

Le tout est alors abandonné dans l'abdomen et l'orifice para-inguinal est refermé complètement. Du côté de l'orifice inguinal proprement dit, je reconstitue la paroi par le procédé de Lucas-Championnière. Suture de la peau sans drainage.

Les suites opératoires ont été simples. Le malade a présenté, les jours suivants, une légère élévation thermique qu'expliquait une poussée bronchique. La circulation des gaz puis des matières a repris son cours normal.

Le malade sort guéri le 30e jour. Nous l'avons revu au mois de mars de l'année suivante en assez bon état de santé. Il a engraissé et on ne constate rien d'anormal du côté de l'opération. Comment expliquer la production de cette hernie de l'intestin grêle à laquelle nous n'avons pas trouvé de sac péritonéal ? Nous croyons qu'il faut admettre ici des phénomènes d'inflammation adhésive du sac herniaire, ayant amené la fusion ; l'adhérence totale du sac séreux avec le péritoine revêtant l'intestin et un peu d'épiploon. Ces phénomènes inflammatoires se sont manifestés par des poussées douloureuses du côté de la hernie et peut-être ont-ils été provoqués, ou tout au moins favorisés, par le port d'un bandage défectueux appliqué sur une hernie non réduite. Du reste, au niveau de l'orifice para-inguinal, c'est-à-dire là où le péritoine pariétal se continuait dans l'abdomen avec le péritoine intestinal de l'anse herniée, cette continuité n'était pas régulière et lisse ; on y observait une sorte de froncement avec des brides irrégulièrement radiées, qui témoignaient d'un travail inflammatoire adhésif, et dans lequel se perdait une partie de l'épiploon.

Les adhérences inflammatoires unissant le sac herniaire à son contenu atteignent rarement une étendue telle qu'il y ait fusion complète du sac avec les organes herniés. Ce sont surtout les hernies épiploïques qui présentent des adhérences aussi marquées. « Les adhérences intestinales, plus rares, sont beaucoup plus importantes ».

« Parfois ce sont des brides en général assez étroites qui l'unissent, soit au sac directement ou par l'intermédiaire de l'épiploon, soit à une anse intestinale voisine... Plus rarement, on trouve une partie assez étendue de l'intestin adhérente au sac d'une façon si intime que la dissection la plus minutieuse ne peut les séparer et que l'entérectomie devient nécessaire. Enfin, dans quelques cas rares, le contenu de la hernie tout entier est fusionné en une masse unique dans laquelle l'intestin a perdu son individualité et n'est plus représenté que par un système de canaux communicants sans parois distinctes » (Jaboulay (1).

(1) Jaboulay. — Hernies adhérentes. Traité de chirurgie de Le Dentu et Pierre Delbet, tome VII, page 651.

Cette forme rare de hernie adhérente que J.-L. Petit avait décrite sous le nom de « hernie marronnée », est particulièrement grave et complique singulièrement la cure radicale. Elle est d'autant plus importante à connaître qu'elle ne se manifeste pas par un ensemble symptomatique bien particulier. L'irréductibilité est souvent le seul symptôme, et si le malade a présenté parfois des signes d'inflammation herniaire, des nausées, des vomissements par périodes, cela est loin d'être constant. On peut donc, par l'irréductibilité, diagnostiquer l'adhérence, mais il est bien difficile d'en préciser l'étendue. Au cours de la cure radicale, on sera très exposé à ouvrir l'intestin croyant avoir à faire à un sac épaissi. Cet accident est d'autant plus à craindre dans le cas de fusion totale du sac avec l'intestin que la structure de ce dernier est souvent très altérée ; ses parois peuvent être épaissies, infiltrées, mais elles sont plus souvent amincies, très friables, et l'atrophie de la tunique musculeuse les réduit presque à rien.

Le traitement devient alors difficile et l'opération est singulièrement plus compliquée que la simple cure radicale. Il est impossible de songer à disséquer l'intestin, et la seule ressource consiste à débrider largement l'anneau pour faire une entérectomie en tissus sains, suivie d'une entérorrhaphie. Il ne reste plus alors qu'à extirper le sac et son contenu à la fois, c'est ce que nous avons dû faire chez notre malade.

Cette complication de la hernie, rare à un tel degré, n'était pas la seule particularité qui existât dans ce cas. La hernie adhérente ne faisait pas issue par l'orifice inguinal qui, lui, était déjà occupé par une hernie du cœcum et de l'appendice ; elle avait un trajet parallèle au canal inguinal mais situé en dedans de lui. Cette disposition se rapporte à la variété de hernie para-inguinale droite de Tuffier (1). Ce trajet para-inguinal est généralement situé en dehors du trajet normal ; chez notre malade, comme dans un cas de Tuffier, il était au contraire situé en dedans.

Enfin notre observation présente encore une particularité que Tuffier avait également signalée dans un cas, c'est la coexistence d'une hernie inguinale et d'une hernie para-inguinale du même côté.

MÉDECINE PRATIQUE

La ponction lombaire dans le diagnostic précoce de la paralysie générale.

L'utilité pratique d'un diagnostic précoce dans la paralysie générale n'est pas à démontrer : à défaut de l'institution d'un traitement à coup sûr efficace, qui nous manque encore, il est incontestable que le diagnostic précoce pourra seul nous permettre d'alarmer un entourage toujours prompt à rapporter les symptômes les plus alarmants à la neurasthénie ou à quelque autre désordre fonctionnel. En outre, la médecine légale est également intéressée à ce problème si délicat du diagnostic de la paralysie

(1) Tuffier. — *Bull. et mémoires de la société anatom.*, 1888, page 415.

générale, au point qu'un auteur italien a cru pouvoir envisager, un peu hyperboliquement, l'utilisation, à cet égard, de la ponction lombaire comme un « *nouveau criterium de l'irresponsabilité morale* » (1).

Mais sans vouloir justifier cette dernière prétention, un peu bien excessive, il s'agit ici tout simplement de préciser les indications restreintes, mais très précieuses, que la ponction lombaire peut fournir dans le diagnostic de la paralysie générale.

Le fait à retenir, c'est que, dans le cours de la méningo-encéphalite interstitielle diffuse, *il y a toujours et très précocement une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien* (Joffroy et Mercier). Cette réaction méningée n'a rien de surprenant, étant donnée la diffusion habituelle et l'extension si fréquente à la moelle du processus inflammatoire de la paralysie générale. Quant à la qualité de cette réaction leucocytaire, elle est celle de presque tous les processus inflammatoires chroniques, à savoir une prédominance manifeste des lymphocytes sur les polynucléaires.

En ce qui concerne les moyens de constater cette lymphocytose rachidienne, signe précoce et constant de la paralysie générale, nous ne nous étendrons pas sur la technique de la ponction lombaire. Il ne s'agit pas là d'un procédé de laboratoire, dont le monopole soit réservé aux seuls hôpitaux des grands centres : la simplicité de l'outillage et du manuel opératoire, l'indolence presque absolue et l'absence de suites fâcheuses font de la ponction lombaire une opération de très petite chirurgie vraiment digne d'entrer dans la pratique journalière. On peut lui reprocher de n'avoir pas encore de valeur curative ; mais sa valeur diagnostique dans les méningites est si précieuse que de plus en plus son usage deviendra courant, même dans la clientèle de ville, même à la campagne. Il est vrai qu'après avoir recueilli le liquide céphalo-rachidien (dans le cas particulier, les précautions antiseptiques sont superflues), il faut le centrifuger et examiner le dépôt obtenu au microscope. Mais on peut toujours recourir à la compétence d'un laboratoire voisin, comme on le fait par exemple lorsqu'à la campagne on a recueilli une fausse membrane suspecte de diphtérie.

Mais il y aurait plus de simplicité encore lorsqu'il s'agirait de constater l'existence d'une réaction méningée dans le liquide céphalo-rachidien d'un paralytique général. L'an dernier, MM. Guillain et Parant ont montré qu'il suffisait de constater dans un tel liquide la *présence anormale d'albumine* pour pouvoir presque à coup sûr affirmer *à priori* l'existence d'une *réaction lymphocytaire parallèle*, qu'on pourrait ainsi se dispenser de rechercher microscopiquement. Le liquide céphalo-rachidien est recueilli par la ponction lombaire dans un tube à essai ordinaire, sans même que s'impose le recours à la stérilisation préalable ; on chauffe sur une lampe à alcool et la présence de l'albumine se révèle par le précipité caractéristique. On voit que cette recherche est au moins aussi simple que la recherche de l'albumine dans l'urine, telle que tout médecin praticien la pratique quotidiennement.

(1) La punctura lombare nel giudizi penali. *Scuola positiva*, avril-mai 1904, p. 288.

Pour éviter toute cause d'erreur, MM. Guillain et Parant recommandent d'ajouter au liquide céphalo-rachidien une quantité équivalente d'une solution saturée de sulfate de magnésie ; on filtre et on chauffe comme ci-dessus. La magnésie aura dissous la *globuline*, qu'on peut rencontrer à l'état normal ; et s'il se produit alors un précipité, il sera sûrement formé par la *sérine*, seule albumine dont la présence soit toujours pathologique.

Ce n'est pas la réaction lymphocytaire qui entraîne le passage de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux ; mais les deux phénomènes pathologiques apparaissent en même temps et suivent une évolution parallèle, si bien qu'ayant observé l'un d'eux, on peut conclure à l'existence de l'autre. Il sera préférable, sans doute, de confirmer la recherche de l'albumine par l'examen microscopique du dépôt obtenu par centrifugation. Mais, d'après MM. Guillain et Parant, la première épreuve pourrait suffire, en cas de besoin.

Ainsi, tout médecin praticien est en mesure de reconnaître que le liquide céphalo-rachidien d'un individu suspect de paralysie générale présente des réactions pathologiques. C'est là un résultat très important, obtenu par des moyens très simples.

La difficulté commence lorsqu'il s'agit d'interpréter le résultat obtenu. C'est là le point sur lequel nous voudrions surtout insister.

La lymphocytose rachidienne ne suffit pas à établir le diagnostic de paralysie générale ; M. le professeur Joffroy qui, dans toute une série de leçons, a bien montré l'importance de cette constatation, s'est empressé tout le premier de déclarer qu'il n'y avait là rien qui ressemblât à un symptôme pathognomonique. Ce qu'il faut retenir pour la pratique, c'est que le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux présente des réactions pathologiques (albumine, leucocytose). Or, si, dans certains cas particuliers assez rares, cette observation reste sans utilité, le plus souvent, étant données les conditions habituelles où l'on suspecte la paralysie générale, la constatation de la lymphocytose rachidienne emporte le diagnostic.

Au début de l'affection, en effet, les symptômes *physiques* caractéristiques (troubles pupillaires, embarras de la parole, etc.) ne se montrent pas encore, au moins avec une netteté suffisante pour emporter à eux seuls la conviction. Quant aux signes *psychiques*, ils n'ont souvent rien de bien caractéristique ; — tantôt c'est quelque maladresse professionnelle, quelque acte inconsidéré qui attire l'attention chez un individu jusque-là absolument correct ; — tantôt c'est un accès délirant, excitation maniaque ou dépression mélancolique s'accompagnant de conceptions délirantes, polymorphes, absurdes et mobiles ; parfois c'est un ictus entraînant à sa suite quelques troubles paralytiques essentiellement passagers ; — souvent, on ne constatera qu'un affaiblissement progressif et global des facultés intellectuelles, avec, au premier plan, la perte de mémoire du calcul (Joffroy, Cornillot).

Dans tous ces cas et dans bien d'autres, dont on pourrait multiplier les exemples à l'infini, car le début de la paralysie générale peut se faire sous les formes les plus variables, il y a doute. On comprend combien il est important de dissiper

ce doute, car les maladies avec lesquelles la paralysie générale peut être confondue au début sont presque toutes des maladies essentiellement bénignes et curables, tandis qu'il suffit de reconnaître la paralysie générale pour pouvoir affirmer une prompte et irrémédiable déchéance intellectuelle et une mort rapide, au bout de quelques années. L'accès délirant du début pourra ne durer que quelques jours et sera rapporté à quelque *psychose* purement fonctionnelle.

L'attaque de convulsions, de paralysie ou d'aphasie transitoire guérira le plus souvent sans laisser de traces apparentes : on l'attribuera à des désordres purement dynamiques (*hystérie*) ; tout au plus la mettra-t-on sur le compte d'une *congestion cérébrale*, sans gravité immédiate. Mais surtout on ne manquera pas de rapporter à la neurasthénie tous ces phénomènes d'épuisement, de fatigue cérébrale, que l'entourage s'entend très bien à expliquer par un traumatisme, un surmenage physique ou moral ou des excès de tous genres. Ces causes peuvent être très réelles ; leur influence est indéniable ; mais elles se rencontrent au moins aussi souvent au début de la paralysie générale qu'à l'origine de la neurasthénie.

Comment le praticien pourra-t-il à coup sûr distinguer tous ces désordres fonctionnels, bénins et curables, de la redoutable et progressive méningo-encéphalite interstitielle diffuse ? — Nous avons dit que les signes oculaires ou l'embarras de la parole manquaient souvent au début. On devra les rechercher avec soin ; mais le doute subsistera dans bien des cas. C'est alors que la ponction lombaire sera de la plus grande utilité. — Si la recherche de la leucocytose rachidienne est positive, on peut affirmer qu'il y a plus que de simples troubles fonctionnels, qu'il y a une maladie organique des centres nerveux ; et cette maladie est presque toujours la paralysie générale ; — si, au contraire, l'examen est négatif, on peut presque à coup sûr écarter la paralysie générale, tant est précoce la réaction méningée dans cette affection ; on se trouve en présence de troubles fonctionnels, dont on peut espérer la disparition.

On le voit : dans les conditions où se pose d'ordinaire le diagnostic de la paralysie générale au début, la ponction lombaire suffit à assurer le diagnostic et à écarter définitivement, par la seule constatation d'une lésion assurément organique, l'hypothèse que les symptômes observés pourraient être rapportés à la neurasthénie ou à tout autre désordre fonctionnel.

Il ne s'en suit nullement que la ponction lombaire fournisse dans tous les cas des résultats aussi affirmatifs : par exemple, la constatation de la lymphocytose rachidienne sera tout à fait impuissante à établir le diagnostic entre le *tabes* et la paralysie générale, puisque ce même signe se rencontre dans les deux affections. Mais, sans vouloir traiter ici la question des rapports du tabes et de la paralysie générale, on peut dire que, dans la pratique, leur diagnostic différentiel est loin de comporter des indications pronostiques aussi radicalement opposées que dans les cas précédents.

On pourrait encore objecter que la paralysie générale étant fréquemment suspectée chez des syphilitiques, la constatation de la lymphocytose rachidienne pourrait être rapportée tout simplement à l'infection syphilitique. Il est vrai que le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques présente souvent une réaction lymphocytaire ; mais elle ne s'observe guère en dehors de la période secondaire, où les troubles mentaux sont bien exceptionnels. Si donc on pratique une ponction lombaire chez un ancien syphilitique qui présente des signes manifestes d'affaiblissement intellectuel, et qu'on constate de la lymphocytose, il ne faut guère hésiter à affirmer la paralysie générale.

En somme, on voit ce que nous apprend la ponction lombaire et ce qu'elle ne nous apprend pas : *elle révèle l'existence d'une affection organique du système nerveux central* ; elle ne dit pas quelle affection organique est en cause, mais elle nous apprend que certainement nous ne sommes pas en présence de simples troubles fonctionnels. Ainsi permet-elle d'écarter à coup sûr la neurasthénie, qui est la source d'erreurs si nombreuses et si préjudiciables au début de la paralysie générale.

Quant à la médecine légale, elle bénéficie des mêmes indications, tout aussi restreintes, mais tout aussi précieuses : là encore, la ponction lombaire, lorsqu'elle révèle la leucocytose rachidienne, apprend, sans plus, qu'il existe une affection *organique* du système nerveux central. C'est peu de chose, mais c'est beaucoup lorsqu'il s'agit pour un médecin expert d'empêcher la condamnation d'une jeune femme, paralytique générale au début, traduite pour vol devant les tribunaux. On s'explique mieux, par ce simple exemple, l'enthousiasme du légiste italien qui voyait là un « *nouveau critérium de l'irresponsabilité morale* ».

Dr Pierre Roy,

Chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

CLINIQUE RHINOLOGIQUE

Syphilis naso-pharyngienne compliquée de végétations adénoïdes.

Les commémoratifs jouent un rôle capital en médecine ; ils peuvent souvent, à eux seuls, éclairer le diagnostic, et donner la clef de signes dont l'interprétation était erronée. Le cas suivant en est un exemple frappant.

Le jeune X., âgé de deux ans et demi, est atteint de coryza muco-purulent chronique ayant débuté dès la première année ; l'écoulement est si irritant que le pourtour des narines est érodé.

A l'inspection du pharynx buccal on constate du catarrhe naso-pharyngien très développé et la présence de végétations adénoïdes qui font saillie sous le rebord du voile du palais ; les amygdales sont enchatonnées, volumineuses, surtout la gauche, et le tissu adénoïde des parties latérales du pharynx buccal est très hypertrophié. Au doigt, on constate des adénoïdes très développées dans le pharynx nasal. L'enfant dort la bouche ouverte, la respiration nasale ne s'effectuant pas.

Les oreilles paraissent saines. Les fonctions digestives s'exécutent bien et l'enfant est assez bien constitué.

Les poumons et le cœur n'offrent rien de particulier. Rien du côté des urines.

L'enfant est toujours agité la nuit et saute dans son lit ; il dort souvent dans la position dite « à quatre pattes ».

La dentition est en retard : l'enfant n'a que deux incisives inférieures, il ne parle pas, mais entend très bien ce qu'on lui dit.

Comme antécédents héréditaires, on note que le père paraît jouir d'une bonne santé ; il s'est marié deux fois : de son premier mariage, il a deux filles âgées l'une de 16 ans, l'autre de 18 ans, qui sont très bien portantes ; du second mariage, contracté il y a quinze ans, il a eu trois enfants : un garçon âgé de treize ans, fort et bien constitué ; une fille morte il y a deux ans et demi d'une maladie accompagnée d'une éruption généralisée sur laquelle je ne puis avoir aucun renseignement ; enfin le sujet actuel.

Le premier mari de la mère est mort après quinze mois de mariage, il y a quinze ans ; il avait vécu pendant trois mois avec sa femme et avait passé douze mois dans une maison de santé ; il n'y a pas d'enfant du premier mariage de la mère. Tels sont les renseignements que je pus obtenir à grand peine de la famille.

Je suis d'avis de faire un curetage complet du naso-pharynx, c'est-à-dire d'enlever en une fois amygdales et adénoïdes ; comme l'opération doit être longue, celle-ci est faite le 28 février 1903 au chloroforme, suivant mon habitude, dans la position de Rose ; de cette façon, je suis sûr de pouvoir tout enlever, puisque à un moment donné de l'opération, je puis pratiquer le toucher digital et m'assurer si rien d'anormal ne reste.

Aucun incident ne se produit pendant l'opération ; l'anesthésie est pratiquée d'une façon parfaite par mon excellent confrère le Dr Legoff qui m'assiste habituellement dans ces interventions.

1er mars. — La nuit qui suit a été très mauvaise ; l'écoulement par le nez continue à être très fétide ; la plaie de la gorge est très irritée et l'enfant crache du pus ; il n'a rien avalé depuis hier et on ne peut rien lui faire prendre.

Je prescris des lavages de bouche à l'eau bouillie avec deux cuillerées à soupe de liqueur de Labarraque et des applications de pommade au calomel autour des narines.

Le soir de l'opération, j'avais eu un entretien sérieux avec le médecin traitant qui avait bien voulu m'adresser le jeune malade ; j'avais insisté sur les commémoratifs et je l'avais prié de rechercher les causes de la mort du premier mari, ces nuits agitées, ce coryza purulent, ce retard dans l'évolution dentaire, la mort du second enfant, m'avaient fait songer à la syphilis. Fort obligeamment, mon confrère s'était mis à ma disposition, avait fait des recherches auprès du médecin qui avait soigné quinze ans auparavant le premier mari de la mère de l'enfant, et il avait appris que ce premier mari était mort syphilitique et alcoolique, et que sa femme avait accouché à trois mois d'un fœtus mort-né. Dès lors j'étais fixé, et, le lendemain de l'opération, voyant que mon intervention n'avait pas eu le résultat espéré, je prescrivis deux cuillerées à café de Van Swieten à prendre le soir même.

2 mars. — Amélioration notable, l'enfant a pu prendre sans peine, plusieurs fois, du lait et du bouillon.

Je recommande de continuer le traitement et en plus des lavages du nez à l'eau bicarbonatée, au moyen d'une seringue.

4 mars. — Je ne revois l'enfant que deux jours après ; il a très bien supporté le Van Swieten, mange suffisamment, la gorge va mieux. Les parents sont cependant toujours inquiets, parce que les nuits du petit malade sont toujours mauvaises par suite d'agitation ; les fissures des narines sont en bonne voie ; la narine gauche ne rend plus, mais la narine droite est toujours le siège d'un écoulement épais et fétide.

On modifie légèrement le traitement interne : deux cuillerées à café de Van Swieten le matin, et un mélange de vingt centigrammes d'iodure de potassium dans du sirop d'écorce d'oranges amères pour le soir. On touche les fissures des narines au nitrate d'argent au 1/10.

7 mars. — L'enfant va bien, dort beaucoup mieux, mange davantage ; les fissures des narines sont presque cicatrisées, l'écoulement par le nez a presque disparu.

11 mars. — L'amélioration persiste ; la plaie de la gorge est presque entièrement cicatrisée. J'établis le traitement à suivre dans l'avenir de la façon suivante :

Cesser le Van Swieten, au bout de quinze jours, pendant quatre jours, puis le reprendre pendant quinze jours, et le cesser définitivement (c'est-à-dire jusqu'à un temps à déterminer plus tard). Faire prendre à l'enfant cinquante centigrammes d'iodure de potassium par jour en deux fois au repas de midi et du soir, quand on ne donnera pas de liqueur de Van Swieten ; quand on en donnera, donner en une fois à midi la moitié de la dose. Si l'enfant recommence à être agité, donner vingt centigrammes de bromure de potassium ajouté à l'iodure, soit à midi, soit le soir.

Je n'ai pas revu l'enfant en consultation depuis le 19 mars 1903, mais j'ai eu souvent l'occasion de causer avec le père et la mère qui m'ont déclaré être très satisfaits des résultats obtenus ; dans le mois qui a suivi l'opération les dents manquantes ont repoussé, la nutrition est redevenue bonne et l'enfant a commencé à dire quelques mots.

Ainsi voilà un enfant qui, au premier abord, ne paraissait souffrir que des troubles causés par des adénoïdes et cependant l'opération ne semblait donner aucun résultat ; la syphilis était surtout en cause et sans le traitement antisyphilitique on ne serait arrivé à rien. On m'objectera peut-être qu'il eût mieux valu commencer par le traitement antisyphilitique, puis opérer ensuite ; mais l'opération aurait été quand même nécessaire à bref délai ; le traitement hydrargyrique n'aurait pu faire disparaître ces adénoïdes volumineuses qui encombrent le naso-pharynx ; l'opération préliminaire, en supprimant les sources d'infection, a mis le sujet dans un meilleur état physique et a permis au traitement d'agir avec beaucoup plus d'efficacité.

Dr de Champeaux (Lorient).

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de Mortagne.

Séance du lundi 2 mai 1904, à Mortagne

Hôtel du Grand-Cerf.

Présidence de M. le Dr LEVASSORT.

Sont présents : MM. le Dr G. Levassort, président ; Bouteillier, père, vice-président ; Chamousset, secrétaire ; Aury, trésorier ; Boutron, Brisard, Decuyper, Forget, Garnier, Jamin, Leroux, Mahé, Pinoche, Smizielski.

Excusés : MM. Clupot, Crosnier, Larigaudry, Mortagne, Ragot.

Absents : MM. Bellier, Bouteillier fils, Soyer, Martelli.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le Dr Aury, trésorier, présente l'état de la caisse, qui se résume ainsi au 30 avril 1904.

Avoir....	492	08
Dépenses............	160	10
Excédent..	331	98

La Société possède en outre un livret de caisse d'épargne de 1.131 fr. 07.

Le Président donne l'épilogue de l'aventure des trois confrères ayant engagé les uns après les autres leur signature dans une affaire d'assurance, croyant chacun être le dernier à donner la sienne. Tout cela se termina par la démission collective des trois confrères. La chose se compliquait d'un engagement à payer une cotisation.

Au sujet du service de la protection du premier âge, le Président donne ensuite lecture des deux lettres suivantes :

« Condé-sur-Huisne, 14/4/04.

« Monsieur le Président de l'Association des Médecins de Mortagne et cher Confrère.

« Je vous prie de vouloir bien présenter à nos confrères ma demande d'admission comme membre de l'Association.

« Veuillez, etc.

« Dr JAY. »

« Condé-sur-Huisne, 1/5/04.

« Monsieur le Président et cher Confrère,

« Je vous serais bien reconnaissant de vouloir bien saisir les confrères du Syndicat, à leur prochaine réunion, de la façon injustifiée dont on m'a supprimé l'inspection des enfants du premier âge.

« Ayant fait le service depuis sept ans et ayant reçu à maintes reprises les félicitations de l'administration pour le zèle et l'exactitude avec lesquels je remplissais mes fonctions, je suis suspendu de ces mêmes fonctions le 16 avril dernier, sans raison, sans avertissement, sans explication.

« Le Sous-Préfet ne reçoit pas, le Préfet est malade ; le Secrétaire-Général est absent, l'Inspecteur départemental refuse de répondre.

« J'écris au Préfet....., il ne répond pas.

« Personne ne consent à me dire pourquoi je suis suspendu ! Il me semble pourtant que j'ai bien le droit de le savoir !

« Si l'on a quelque reproche à me faire, que ne me le dit-on ?

« Pourquoi me refuser toute audience si l'on ne redoute pas mes explications.

« Que pensent les membres du Syndicat de ce procédé ?

« Chacun d'eux peut être exposé à être traité de même.

« *Hodie mihi, cras tibi.*

Devons-nous supporter le sans-gêne avec lequel nous traite l'administration après avoir eu si souvent recours à notre dévouement, et devons nous nous soumettre à ce régime du bon plaisir ?

Pour moi, je ne cesserai de protester contre de semblables procédés.

Veuillez agréer, monsieur le Président et cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr A. JAY.

Le Syndicat, après une mûre délibération, vote à l'unanimité la résolution suivante :

« Considérant que le docteur Jay ne semble se rappeler que le Syndicat existe qu'en raison des difficultés qu'il a avec l'inspection, qu'il ne peut, avant son admission régulière, être défendu par lui,

« Que, d'autre part, on ne peut admettre qu'une association de défense professionnelle comme la nôtre puisse être indifférente aux tracasseries éprouvées par un confrère, prie M. le docteur Bouteillier, vice-président du Syndicat et conseiller général de l'Orne, de vouloir bien intervenir auprès de l'administration pour que M. Jay soit entendu dans ses moyens de défense, et attend pour statuer sur sa demande d'admission que l'affaire en question soit terminée ».

Le docteur Chamousset, pour en finir avec tous les incidents soulevés par le service de l'inspection du premier âge, raconte comme quoi, grâce à des influences hostiles, les belles promesses faites à M. le docteur Labbé par M. le Préfet n'ont reçu qu'un minimum d'exécution.

En effet, au lieu de l'équivalent de ce qu'on avait enlevé à notre confrère au profit du docteur Larigaudry, on ne lui a octroyé, de peur de déplaire au docteur Jay, qui était bien en cour à ce moment, qu'une quinzaine de nourrissons très espacés les uns des autres : le reste, au nombre de près de cinquante, plus faciles à visiter, sont restés dans la circonscription de M. Jay, lequel, comme on vient de le voir, en a été dépossédé à son tour au profit du docteur Bire, médecin à Ceton.

L'ordre du jour étant épuisé, on se rend à la salle du banquet, auquel font grand honneur les quatorze confrères présents.

Le Secrétaire,

Dr A. CHAMOUSSET.

CORRESPONDANCE

Touring-Club de France

Paris, le 21 octobre 1904.

Le Secrétaire général présente ses compliments empressés à Monsieur le Dr Jeanne et a l'honneur, en réponse à sa lettre en date du 18 de ce mois, de l'informer qu'au titre de médecin, il a droit à la demi-taxe pour sa voiture automobile, en vertu de l'art. 4 de la loi du 11 juillet 1899. Voir la Brochure

« Le Tourisme et l'impôt, » pages 19 et suivantes, qui peut lui être procurée au prix de 0 fr. 75.

Il doit faire sa réclamation au contrôleur, et en cas de refus, en transmettre une nouvelle au Préfet.

N. D. L R. — Nous publions cette lettre à titre de renseignement pour les confrères, possesseurs d'une voiture automobile, qui nous posent souvent la question du droit à la demi-taxe pour les automobiles médicales.

VARIETÉS

Une langue internationale pour les rapports sociaux.

Cette langue auxiliaire de tout idiome, cherchée par les penseurs depuis plus de deux siècles, comme le prouvent plus de 150 essais de différents penseurs (Bacon, Leibnitz, Descartes etc.), doit être facile, parlable et scriptible.

L'Esperanto, la langue nouvelle en usage depuis près de 17 ans, ayant devancé et vaincu le Volapük mal conçu, est le meilleur de tous les essais littéraires parus.

Elle s'appuie sur les racines des langues européennes et en simplifie la syntaxe qu'elle réduit à 16 règles.

Le vocabulaire, grâce à des affixes et suffixes au nombre d'une trentaine, multiplie les mots et leurs sens et soulage la mémoire qui n'a que quelques radicaux à retenir.

Pas d'exceptions, pas de genres, une conjugaison unique à 12 formes seulement, les substantifs toujours terminés en *o*, les adjectifs en *a*, les adverbes en *e* en font une langue harmonieuse et adaptable au chant. Les seize règles peuvent s'apprendre en une heure. Sa conformation très souple la rend littéraire et apte à traduire exactement les lettres et les sciences.

Cette langue faite par un Russe, le Dr Zamenhof, de Varsovie, contient 80 % de racines latines, ce qui favorise singulièrement les Français.

Le latin étant rejeté comme trop difficile, nos langues européennes sortant toutes plus ou moins de cet idiome, les autres nations n'ont pas de peine à l'apprendre ; d'ailleurs l'orthographe rigoureusement phonétique favorise toutes les nations et l'alphabet, dont on a éliminé les lettres à prononciation difficile pour quelques peuples, est de prononciation uniforme pour toutes les populations.

L'auteur a choisi des radicaux dans les langues étrangeres pour les mots dont la conformation prêterait à confusion ; les mots internationaux sont conservés, ce qui soulage d'autant la mémoire, leur terminaison seule est espérantisée : *telefono, gramo, fotografio*, etc.

Cette langue sera très utile à la médecine en permettant de connaître et de comprendre les travaux étrangers. On peut l'écrire en quelques heures, la parler en quelques semaines et son acquisition complète peut se faire en 3 mois pour tout individu d'intelligence moyenne. Sa constitution permettant de la désarticuler donne à tous le moyen de la traduire immédiatement avec le dictionnaire, ce qui n'existe pour aucune autre langue.

Un journal médical, la *Medicina Internacia Revuo*, rédigé par des Professeurs de la Faculté de Paris, va paraître dans le courant du mois de novembre.

Quelques journaux spéciaux existent déjà depuis plusieurs années pour les adeptes qui atteignent près d'un million : l'*Espérantiste* en français et en Esperanto, la *Revuo Internacia* en esperanto seulement, et quelques autres chez les différentes nations ; il y a aussi une bibliothèque espérantiste. traduction de différents auteurs : *Hamlet* de Shakespeare, l'*Iliade*, différentes nouvelles d'auteurs russes, etc.

Nous devions signaler à nos confrères cette tentative réussie de communication mondiale qu'il n'est pas permis d'ignorer désormais.

Dr SAQUET.

Pour les renseignements s'adresser au groupe Espérantiste de Paris, 10, place de la Bourse, au Touring-Club de France.

REPORTAGE MEDICAL

Jeune médecin et vieux praticien. — Un jeune enfant de dix ans, enfant gâté, souffre d'un embarras gastrique. Les parents pensent à la méningite tuberculeuse. Entre deux visites de leur médecin habituel, le Dr VIDAL (de Nissan), ils appellent un jeune docteur de la ville voisine... Et le Dr VIDAL reçoit « sous pli non cacheté » une pancarte à coins dorés avec cette autographe :

Mon très cher confrère,

Kernig positif ; ébauche d'embryocardie surtout en position d'Azoulay ; la cryoscopie, la kochi-bacilloscopie du liq. de Quincke achèveraient de juger. Si négativement, on pourrait songer à l'Eberth ou au Talamon-Frœnkel. Dans la première de ces deux hypothèses, je pourrais apporter, sur votre avis, du sérum Chantemesse ; dans le deuxième, amener un spécialiste pour la ponction de Quincke.

A quoi, le Dr VIDAL répondit :

Veni, vidi, vici.

Veni : ni en vélo, ni en auto, ni en moto, ni en canot, mais en phaéton.

Vidi : ni myosis, ni mydriase, ni raie vaso-motrice, ni Wanderlich. — Synoque.

Vici ? Naturam sequere. Expectation.

L'égrotant marche, sous ses couvertures, ἐξακιμετου ποδος, sans remuer le pied, selon l'expression de Sophocle que j'aime malgré son âge, vers la « restitutio in integrum ».

Remerciements archi-confraternels au spécialiste de Quincke.

VALE.

Les deux billets sont caractéristiques de l'éducation et de l'instruction données aux deux médecins, à l'ancien et au jeune...

L'ancien vante la littérature et la clinique. — De la clinique, de l'observation et de l'analyse des symptômes, le jeune n'a pas plus de souci qu'il n'a de souci des convenances, et il lui suffit d'étonner avec son jargon de laboratoire les populations qui lisent sa carte ouverte. (*Journal de médecine interne.*)

Hôpitaux d'Orléans. — Un concours s'ouvrira le 14 décembre prochain pour la nomination à trois places d'interne titulaire et à cinq places d'interne provisoire.

Congrès international des « Gouttes de lait » (1re session) Fécamp, 25, 29, 30 octobre 1904. — Fécamp, le 25 septembre 1904. — Monsieur et honoré confrère, Un groupe important de médecins, directeurs de Gouttes de Lait, a eu l'idée de former une sorte d'Union entre les nombreuses œuvres répandues au-

jourd'hui dans toutes les parties du monde. Cette union aura surtout pour but de nous mettre à même de bien coordonner nos efforts et de les diriger de plus en plus utilement vers le but que nous poursuivons : la lutte contre la mortalité infantile. Nous venons vous demander si vous voulez bien en faire partie.

Les premières assises de cette réunion des «Gouttes de lait» auront lieu à Fécamp (Seine-Inférieure), les 28, 29 et 30 octobre courant.

Les questions mises à l'ordre du jour sont : 1° Maladie de Barlow; 2° Gastro-entérites et lait stérilisé; 3° Loi sur la protection de la vente du lait.

Une séance sera consacrée à l'exposé et à la discussion des communications particulières que désireront faire les membres du Congrès.

Au cas où vous ne pourriez pas vous rendre à Fécamp, aux dates indiquées, nous espérons que vous voudrez bien nous envoyer l'adhésion de l'œuvre que vous représentez.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré Confrère, l'assurance de notre considération.

Pour le Comité d'Organisation,
Dr Léon Dufour.

Des pourparlers sont engagés auprès des principales Compagnies de Chemins de fer en vue d'obtenir une réduction sur le prix des places.

Programme : 28 octobre. Séance solennelle d'ouverture. Séances du Congrès. — 29 octobre. Séances du Congrès. Le soir, banquet. — 30 octobre : visite aux « Gouttes de Lait » du Havre, le matin ; de Rouen, l'après-midi.

N.-B. (*Rectification*).— De nombreuses adhésions sont déjà parvenues au Comité d'organisation (plus de cent en quinze jours), nombre de maîtres en pédiatrie, français et étrangers, se sont fait inscrire en envoyant le sujet de leurs communications, mais presqu'à l'unanimité les congressistes ont exprimé le désir que le moment de la réunion soit différé.

Nous nous conformons à cette volonté, convaincus qu'il en résultera un effet meilleur. La date exacte des futures assises sera prochainement indiquée au comité d'organisation.

Clinique Apostoli-Laquerrière (15, rue Montmartre). — MM. les Drs Laquerrière, directeur de la Clinique, et Delherm, ancien interne des Hôpitaux de Paris, commenceront le lundi 7 novembre 1904, une série de 12 conférences pratiques d'Electrothérapie.

Programme : I et II, Electrophysique et appareils. — III, Electrophysiologie. — IV et V, Gynécologie. — VI et VII, Tube digestif. — VIII et IX, Maladies nerveuses. — X, Dermatoses. — XI, Maladies de la nutrition. — XII, Applications diverses (voies urinaires, affections articulaires, etc., etc.)

Le prix de la série des 12 conférences est de 50 francs.

Ces conférences auront lieu à 8 h. 1/2. On est prié de s'inscrire d'avance. S'adresser à la Clinique, les mardi, jeudi, samedi, de 3 à 6 heures.

L'onguent du « docteur » Casan. — La 10e chambre correctionnelle, présidée par M. Fournel, a condamné, hier, à 200 francs d'amende, pour exercice illégal de la médecine, un octogénaire, M. Casan, qui prétendait guérir infailliblement le cancer.

M. Casan, se disait docteur, faisait distribuer aux abords de l'hôpital Saint-Louis des prospectus où on lisait entre autres choses :

... Oui, nous le proclamons hautement, on craint la science à laquelle le docteur Casan a dérobé ses secrets, on craint de porter atteinte à la célébrité de cette multitude de médecins, grands et petits, de savants et d'écrivains (ne s'écartant pas de la routine) qui, en présence du triomphe du docteur Casan, sont obligés de s'avouer vaincus et de s'incliner devant lui.

Il a vainement soutenu qu'il ne soignait, à l'aide de son onguent, que les malades jugés incurables par les médecins, et cela gratuitement, par pur amour de l'humanité. (*Le Temps.*)

Faculté et Hôpitaux.

M. Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, fera, du jeudi 3 novembre au jeudi 24 novembre, un cours sur le bacille de Koch et le diagnostic de la tuberculose par les méthodes de laboratoire. Le cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis à 2 heures et sera suivi d'exercices pratiques. Les droits à verser sont de 60 francs. On s'inscrit les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 h. au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3).

Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le samedi 26 novembre 1904, au laboratoire de bactériologie, sous la direction de M. Bezançon, agrégé.

Les conférences suivies d'exercices pratiques auront lieu à 2 h. 1/2 les mercredis, jeudis et samedis. Les droits à verser sont de 60 francs. On s'inscrit au Secrétariat de la faculté (guichet n°3) les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h.

M. Blanchard commencera son cours d'histoire naturelle médicale, le mercredi 9 novembre, à 4 h. au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Sujet du cours : Du parasitisme, de son importance en pathologie. Etude spéciale des protozoaires

Le Prof. Brouardel commencera un cours de médecine légale le lundi 7 novembre à 4 h. au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis et lundis suivants.

Le prof. Cornil commencera un cours d'anatomie pathologique le lundi 7 novembre 1904 à 5 h. au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Les mercredis à 2 h. exercices pratiques au laboratoire d'anatomie pathologique. Sujet du cours : Tumeurs des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme.

M. Macaigne, agrégé, commencera des conférences d'hygiène, le mercredi 9 novembre 1904, à 3 h. au grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

M. le prof. Gaucher commencera son cours des maladies cutanées et syphilitiques le dimanche 6 novembre à 10 h. à l'hôpital Saint-Louis, les mercredis et dimanches. Les dimanches, leçons didactiques des dermatoses vasculaires, pigmentaires, hypertrophiques. Les mercredis ; leçons cliniques.

Le prof. Hayem commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Saint Antoine, le samedi 12 novembre 1904 à 10 heures, pavillon Moïana et le continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure.

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. Quénu, commenceront le vendredi 4 novembre 1904.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. Macaigne, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Le microscope et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves, par l'administration de l'Assistance publique.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 45 NOVEMBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY.

SOMMAIRE

ASSOCIATION AMICALE

Réunion préparatoire de l'Assemblée générale

(14 octobre 1904.)

La séance est ouverte à 2 heures, sous la présidence de M. le Dr Maurat.

Présents : MM. H. Cézilly, vice-président ; Blache, contrôleur de l'A. G. ; David (de Claye-Souilly) et Groussin (de Bellevue), contrôleurs de l'Amicale ; Gassot, trésorier ; Mignon, secrétaire-général ; Jeanne, secrétaire des séances.

Excusé : M. le Dr Lepage, délégué de l'A. G.

Le Conseil examine les résultats de l'enquête faite avant délivrance de certaines indemnités réclamées à la dernière réunion trimestrielle ordinaire, et entend l'un des intéressés.

Il vote alors :

Au n° 319 une indemnité de 520 fr. pour 52 jours à 10 fr.

Au n° 421 une indemnité de 300 fr. pour 3 mois de chronicité.

Au n° 810 une indemnité de 130 fr. pour 39 jours de chronicité.

Au n° 908 une indemnité de 263,30 pour 11 jours à 10 fr. et 46 jours de chronicité.

Au n° 1.007 une indemnité de 320 fr. pour 32 jours à 10 francs.

Mais il prononce à l'unanimité, par application de l'article 14, la radiation du n° 912, qui reconnaît lui-même, par lettre, n'avoir pas déclaré, lors de son admission, le début d'une infirmité dont il était atteint.

MM. Blache, David et Groussin procèdent à la vérification de la comptabilité du trésorier.

Le Conseil entend ensuite et approuve les rapports qui seront lus à l'Assemblée générale prochaine par M. le Dr Gassot, trésorier, et M. le Dr Mignon, secrétaire-général. Il décide, conformément au vœu émis l'année dernière, que ces rapports seront publiés en même temps que le présent procès-verbal.

L'Assemblée générale est fixée au dimanche 20 novembre, à deux heures de l'après-midi, chez Marguery, 36, Boulevard Bonne-Nouvelle.

L'ordre du jour est ainsi réglé :

1. Allocution du Président.
2. Rapport des contrôleurs.
3. Approbation des comptes du trésorier.
4. Discussion des propositions du rapport du secrétaire général.
5. Proposition de M. le Dr Lepage sur la forme des subventions de l'A. G. à l'Amicale.
6. Election d'un contrôleur.
7. Propositions diverses qui auront été soumises au Conseil avant le 10 novembre.

Le banquet, dont le prix est fixé à 10 fr. (le surplus étant à la charge du Concours médical) aura lieu à sept heures et réunira les membres des diverses filiales du Concours et de l'Union des Syndicats.

Rapport de M. le Dr Gassot, trésorier.

Messieurs et chers collègues,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de notre Association Amicale pour l'année 1903.

Au cours de cette année, le Conseil d'Administration a prononcé 106 admissions nouvelles. Au 1er janvier 1903, nous étions 837, nous serions donc 943 si nous n'avions perdu 13 sociétaires, savoir : 11 par décès, 1 par démission et 1 par radiation. Nous restons donc 930 au 31 décembre 1903.

Sur les 106 membres nouveaux, 35 se sont inscrits à la combinaison A, 64 à la combinaison B et 7 à la combinaison 1/2 B. En outre, deux membres, l'un inscrit à la combinaison A, l'autre inscrit à la combinaison 1/2 B, ont passé à la combinaison B. Enfin les membres que nous avons perdus appartenaient : 5 à la combinaison A, 7 à la combinaison B et 1 à la combinaison 1/2 B.

De telle sorte que notre situation au 31 décembre 1903 s'établit de la manière suivante :

412	membres inscrits	à la combinaison A.
4	—	à la combinaison 1/2 A.
502	—	à la combinaison B.
12	—	à la combinaison 1/2 B.
930		

La rentrée des cotisations se fait toujours d'une manière régulière ; cependant quelques membres restent sous le coup de la suspension prévue par l'article 11 des statuts.

Recettes.

Les recettes de l'année 1903 se sont élevées à 81.706 fr. 09 savoir :

Cotisations.................. Fr.	75.447.95
Intérêts..........................	5.509.14
Recouvrements et rappels.....	696.45
Dons..............................	52 55
	81.706.09

Rien de particulier à signaler dans ces recettes.

Dépenses.

Les dépenses, pendant le même exercice, ont atteint un total de 51.688 fr. 60, savoir :

Matériel....................... Fr.	70.30	
Impressions......................	366.35	
Poste et transports divers.........	378.65	
Recouvrements et rappels.........	212.65	
Timbres quittances................	176.30	
Frais de bureau.....................	1.500 »»	
Frais de trésorier..................	53.15	
Déplacements des membres du Conseil.........................	97 »»	2.854.40
Indemnités-maladie		48.688.15
		51.542.55
Pour ordre, retraits de la caisse auxiliaire....................................		146.05
		51.688.60

Nous nous efforçons toujours de réduire les dépenses d'administration à leur strict minimum.

Balance.

Si au total des recettes de 1903...........		81.706.09
on ajoute les espèces à la Société Générale au 31 décembre 1902.........................	12.040.08	
Moins ce qui était dû au trésorier à la même date...........	5.445.19	6.594.89
on trouve....................		88.300.98
et si l'on déduit les dépenses............		51.688.60
Il reste un excédent de..................		36.612.38

dont emploi a été fait de la manière suivante :

Achats de valeurs :

20 obligations, ville de Paris 2 % 1889, fr.		8.220.25
20 — chemin de fer Lyon, fusion nouvelles..................................		9.395.70
30 obligations Tunisiennes 1892...........		14.407.75
		32.023.70
Espèces à la société générale..	9.468.57	
Moins dû au trésorier...........	4.879.89	4.588.68
Total égal...............		36.612.38

Avoir de l'Association au 31 décembre 1903.

Portefeuille.	Prix d'achat.	Au cours.
600 fr. Rente française 3 %. fr.	21.124.10	19.240 »»
10 obligations chemin de fer Est nouvelles...............	4.634.90	4.510 »»
30 obligations chemin de fer Est anciennes................	14.120.80	13.440 »»
30 obligations chemin de fer du Midi anciennes............	13.850.45	13.455 »»
50 obligations chemin de fer Grand central...............	23.324.00	21.650 »»
40 obligations chemin de fer Lyon, fusion ancienne.......	19.140.25	18.190 »»
20 obligations chemin de fer Lyon, fusion nouvelle........	9.395.70	9.010 »»
120 obligations chemin de fer Ouest 2,5 %...................	49.320 »»	48.240 »»
15 obligations Banque hypothécaire 1880.....................	8.493 »»	8.400 »»
20 obligations foncières 1883...	9.198.40	8.950 »»
20 obligations département de l'Aude 3,44 % 1898...........	9.8 9.10	9.920 »»
20 obligations Ville de Paris 2 % 1889.....................	8.220.25	8.040 »»
30 obligations Tunisiennes 1892	14.407.75	14.460 »»
Totaux.....	205.110.60	197.685 »»
Espèces à la Société Générale	9.468.57	
Moins dû au trésorier..........	4.879.89	4.588.68
Total.......		202.273.68

La moins-value sur nos titres avait atteint son maximum.

Caisse auxiliaire.

Au 31 décembre 1902, elle possédait.....fr.	3.567.45
Nous lui avons versé le montant de nos dons.......................................	52.25
Son encaisse s'élève donc à..........	3.619.70
Mais elle est venue au secours d'un confrère pour lequel elle a versé............	146.05
Il lui reste donc un avoir de.........	3.473.65

somme qui est comprise dans l'avoir total de l'Association.

Le Trésorier, Dr Gassot.

Rapport de M. le Dr Mignon Secrétaire Général

Mes chers confrères,

Si la vitalité d'un organisme se juge aux modifications incessantes qu'il subit, l'Association Amicale semble douée d'une vitalité peu ordinaire, puisque cette fois encore nous allons vous demander d'apporter au fonctionnement de notre chère Société d'importantes améliorations, puisque chaque année devient pour elle une étape de progrès, d'ascension vers le mieux, de course vers l'idéal.

L'Amicale, qui termine sa onzième année, vient de supporter, victorieusement d'ailleurs et pour son bien, une véritable révolution.

Vous savez tous que l'Assemblée Générale extraordinaire du 16 avril dernier a supprimé le recrutement de la combinaison B, condamnant cette dernière à une disparition définitive dans un délai plus ou moins éloigné, je veux dire au décès du dernier de ses membres actuels. Elle a créé, en outre, la combinaison C, que vous connaissez et dont je n'ai pas aujourd'hui à vous rappeler les bases essentielles. Sachez seulement, qu'aux yeux de votre Conseil, cette combinaison C doit remplacer par une œuvre vivace, solide et durable, la combinaison B qui pouvait devenir une menace sérieuse pour l'avenir de la Société.

Je ne veux pas attendre plus longtemps pour vous donner des nouvelles du nouveau-né. Malgré la pression exercée par votre bureau sur les membres

de B, malgré l'enthousiasme que manifestèrent au début beaucoup de confrères âgés, la combinaison C compte à peine aujourd'hui une douzaine de membres.

Plus d'un, surtout parmi les plus âgés, après avoir adhéré dès la première heure, dans l'espoir d'une retraite prochaine, retira son adhésion dès qu'il eut reçu la note à payer, et j'en sais une trentaine qui reculèrent devant l'élévation de la nouvelle prime.

Devons-nous leur en tenir rigueur ?

Eh ! non, mes chers Confrères. Presque tous les premiers adhérents furent des membres ayant dépassé la cinquantaine, et pour lesquels, il nous fallait créer des clauses spéciales, puisqu'ils n'avaient plus l'âge d'entrée statutaire : leur prime se trouvait alors élevée à 639 francs ; ils avaient en outre à payer un droit d'entrée spécial pouvant aller de 565 à 11.000 francs environ selon leur âge. Pour de pauvres praticiens comme le sont beaucoup d'entre nous, ces chiffres constituent des charges souvent trop lourdes, et la plupart des candidats reculèrent devant un tel sacrifice.

Il était pourtant impossible de demander moins, car pour se créer une retraite de 1200 francs, il faut constituer un capital variant de 7.000 à 11.000 francs, selon l'âge d'entrée ; les chiffres sont impitoyables, et quand M. l'Actuaire a parlé, nous devons tous nous incliner.

Mais si la combinaison C est trop onéreuse pour les confrères trop âgés, elle devient au contraire excessivement intéressante pour les adhérents jeunes, puisque ceux-ci, avec une prime variant entre 170 et 250 francs pour les candidats ayant moins de 35 ans, peuvent s'assurer : 1° l'indemnité maladie jusqu'à 65 ans ; 2° la retraite de 1200 francs à 65 ans ; 3° la contre-assurance de toutes leurs primes de retraite encaissées à leur décès, si celui-ci survient avant 65 ans. Je vous avouerai que si j'ai parfaitement compris que tel confrère âgé de 58 ans retirât son adhésion à C devant un paiement dépassant 6.000 francs, je ne comprends plus du tout pourquoi tant de jeunes membres de la combinaison B ne s'empressent pas d'adhérer à C au plus tôt, pour payer une prime d'autant plus légère qu'ils entreront plus jeunes.

Une prime totale de 250 francs, par exemple, est un sacrifice léger pour un médecin dans la force de l'âge et en pleine activité professionnelle. C'est très bien d'assurer sa vie, et de laisser, au jour du décès, à sa veuve et à ses enfants un capital sauvant de la détresse. Mais combien plus intéressant d'assurer la période d'infirmités, d'incapacité, de décrépitude et de vieillesse qui nous guette et que, somme toute, nous désirons tous vivre le plus longtemps possible ! Et qu'est-ce en définitive qu'une retraite de 1200 francs sinon la mise en disponibilité d'un capital de 40.000 francs grâce auquel on peut, sans gêne pour l'avenir, établir un fils ou doter une fille ?

Je profite donc de l'occasion pour faire un appel particulièrement pressant auprès des membres de la combinaison B ayant moins de 50 ans, auprès des jeunes surtout, et pour les prier d'entrer sans retard à la combinaison C, dans leur intérêt d'abord, dans l'intérêt aussi de tous ceux que leur grand âge ou leur situation de fortune mettent dans l'obligation de rester à la combinaison B.

Ceci dit, permettez-moi d'attirer votre attention sur un tout autre sujet.

On lit dans le procès-verbal de l'assemblée générale de 1901 le passage suivant :

« M. le Dr Lassalle. — On s'est demandé à l'Association de la Gironde si l'admissibilité des femmes dans la Caisse des Pensions et l'Association générale ne vous entraînerait pas à leur ouvrir les rangs de l'Amicale, et je tiens à protester d'avance contre cette mesure, si elle venait à être proposée. »

« M. le Dr Maurat. — Il est évident qu'une seule catégorie de femmes peut prétendre à entrer parmi nous, ce sont les femmes docteurs ; et elles pourraient s'appliquer peut-être les données qui ont servi de base aux calculs des primes ou indemnités et aux dispositions statutaires, mais à elles seules, je le répète ; pour les autres, il n'y faut pas songer. »

Mes chers confrères, l'événement entrevu alors par notre président s'est réalisé et, depuis, nous avons admis à l'Amicale trois femmes docteurs ; nous sommes même sur le point d'en admettre une quatrième.

A l'occasion de leur admission, on s'est demandé au Conseil si l'incapacité de travail occasionnée par un accouchement normal entraînerait le droit à l'indemnité journalière. A cette époque, comme toutes trois étaient célibataires et qu'aucune n'avait formulé de demande à ce sujet, nous en avons conclu que l'accouchement normal étant un acte physiologique, il ne devait pas entraîner le droit à l'indemnité. D'autre part, notre actuaire, M. Fleury, interrogé à ce sujet, nous a dit que l'éventualité de l'accouchement, n'avait pas été prévue pour le calcul des cotisations. Nous sommes donc restés sur notre première opinion, sans avoir eu jusqu'à ce jour l'occasion de poser la question d'une façon définitive devant l'Assemblée générale.

Aujourd'hui, une de nos trois collègues, mariée depuis son admission à un confrère, membre lui aussi de l'Amicale, vient de donner le jour à une fille, et comme conséquence me demande de l'inscrire pour participer aux indemnités du prochain trimestre.

Que devons-nous faire ?

Devons-nous, comme le demande Madame V...., lui accorder purement et simplement 10 fr. par jour pendant les 20 jours d'incapacité probable qu'elle prévoit elle-même, sous réserve des complications pathologiques possibles qui pourraient prolonger l'incapacité ?

Devons-nous au contraire lui refuser l'indemnité pour la période puerpérale normale, et la réserver pour les complications possibles ?

D'une part, il est bien entendu que l'accouchement normal n'est pas une maladie ni un accident ; c'est un phénomène physiologique. Il entraîne, il est vrai, une incapacité de travail assez longue, mais on peut soutenir que cette incapacité de travail est ordinairement sous la dépendance de la volonté, que l'événement qui la cause est souvent recherché et désiré, qu'il récidive facilement. Une femme docteur, pour être médecin, n'en est pas moins femme, et s'il lui plaît de se créer une nombreuse famille, elle pourra, tous les 2 ans, nous coûter 200 à 300 fr. d'indemnité pour l'accouchement normal, plus l'imprévu pour les complications (métrites, phlébites, abcès du sein, anémie consécutive à un allaitement trop pénible, etc., etc.) plus encore un autre imprévu pour les accidents morbides ordinaires auxquels nous sommes tous exposés.

Fixons si vous voulez à 100 fr. par an ce que peut nous coûter une femme ; mais elle ne nous verse que 60 fr. de prime !

Je vous laisse le soin de conclure.

Vous allez dire que j'exagère et que Madame X... ou Madame Z... n'auront pas d'enfants tous les deux ans. Qu'en savez-vous ? Peut-elle en prendre l'engagement formel ? Non. Eh ! bien, nous, Conseil de l'Amicale, nous devons nous mettre en garde contre cette probabilité funeste pour notre Caisse.

A cela d'autres vont répondre :

Garantissez-vous, oui ou non, l'incapacité de travail occasionnée par un trouble de la santé normale ? Si oui, vous devez indemniser la période de chômage consécutive à l'accouchement et fixer même la durée moyenne de cette période. Si non, vous manquez à tous vos engagements puisque la réserve que vous nous opposez n'existe pas dans les statuts et puisqu'aucune Assemblée générale ne s'est encore prononcée à ce sujet. D'où il découle qu'en entrant à l'Amicale, nos trois collègues femmes ont pu croire de très bonne foi que l'accouchement et ses suites normales tombaient sous le coup de l'indemnité tout comme une maladie ordinaire.

Tous ces arguments ont leur valeur et prouvent

★

que nos statuts ont une lacune qu'il faut combler d'une façon ou d'une autre.

Vous allez, messieurs, vous trouver en face de plusieurs solutions :

1° Accorder l'indemnité aux suites de couches pathologiques (ce qui est justice et n'a jamais été contesté), mais à elles seules, l'accouchement normal restant impayé ;

2° Accorder l'indemnité pour tout accouchement quel qu'il soit, pendant une durée de 20 jours par exemple, s'il est normal, jusqu'à guérison complète, s'il y a complication, c'est ce que demande madame V... ;

3° Une solution bâtarde peut s'entrevoir : accorder l'indemnité pour l'accouchement normal aux 3 collègues femmes entrées à l'Amicale à ce jour, en tenant compte de l'ignorance où les ont laissés les statuts, lors de leur candidature, et refuser à l'avenir cette même indemnité à toute candidate nouvelle qui ne sera admise qu'avec cette réserve ;

4° Enfin, qui nous empêcherait d'accorder l'indemnité pour l'accouchement normal, en demandant à toute candidate qui voudrait garantir l'incapacité consécutive à cet acte physiologique par une surprime que M. l'Actuaire serait prié de calculer ?

Je vous disais tout à l'heure que, pour 60 fr. par an, une femme pourrait volontairement nous coûter 100 fr. Rien ne serait plus facile que de demander aux candidates voulant garantir le chômage post-puerpéral une surprime de 20 à 40 fr. par exemple, je cite ces chiffres au hasard, bien entendu.

Je crois avoir mis la question suffisamment au point. Ce sera à vous, Messieurs, de la résoudre tout à l'heure par un vote définitif.

Vous savez, Messieurs, que l'Association générale des médecins de France, avec laquelle nous avons fait l'entente que vous connaissez, a désigné comme délégué à notre Conseil un de nos bons amis, une vieille connaissance à tous, j'ai nommé M. le Dr Lepage. Je n'ai pas besoin de vous dire avec quel intérêt, avec quelle sollicitude, il s'occupe de vos affaires, et nul ne pouvait être mieux choisi comme intermédiaire entre l'Amicale et l'Association générale.

Il s'est tout particulièrement attelé à une besogne difficile quoique intéressante pour vous au premier chef. Il voudrait que l'Association générale ou ses Sociétés locales, comme acte effectif de patronage, prennent à leur charge les cotisations des membres de l'Amicale atteints de chronicité, c'est-à-dire recevant l'indemnité de 100 fr. par mois.

M. Lepage vous expliquera tout à l'heure comme il comprend la mise en exécution de son projet.

Vous pourrez donc donner votre avis en toute connaissance de cause.

J'aborde enfin un point plus délicat de mon rapport, je veux parler de l'organisation du contrôle effectif des candidats et des malades.

L'article 38 de nos statuts dit : « Le Conseil d'administration de la Société a toujours le droit de « déléguer un médecin particulier pour procéder « aux constatations qu'il juge nécessaires. »

Jusqu'à présent nous n'avons usé de ce droit que très rarement, je dirai même trop rarement et il en est résulté un état de choses absolument fâcheux.

Tout comme une Société similaire à la nôtre, nous avons pu constater depuis quelques mois que nous étions trop souvent mal renseignés par certains confrères, soit au sujet des candidatures, soit au sujet des reprises de travail, et cela toujours au détriment de notre Caisse.

En premier lieu, nous pouvons affirmer que certains candidats se sont présentés à l'admission dans un état de santé qui, s'il eût été mieux connu, nous les eût fait refuser sans hésitation. Mais leur dossier étalant tous les bons renseignements et laissant dans l'ombre tout ce qui pouvait faire na tre un doute, ne nous permettait pas de soupçonner la moindre tare ; d'autre part, le certificat du confrère examinateur conseillait d'accepter le candidat et..... nous acceptions un membre qui, moins d'un an après, tombait tout d'un coup atteint de diabète, de sclérose ancienne du tympan ou de toute autre vieille affaire.

Eh bien ! Messieurs, au risque de m'attirer la colère des coupables, je dirai que de tels confrères, quand ils cachent sciemment leurs tares (je dis sciemment, car certains peuvent être de bonne foi en se déclarant bien portants) sont des sociétaires indélicats, et que notre devoir est de les rayer impitoyablement dès que la fraude est découverte.

Quant à leurs examinateurs, ils sont complices de cette indélicatesse, lorsque, par camaraderie, ils évitent de nous mettre en garde sur certains points douteux, je dirai même lorsqu'ils signent le certificat sans examiner le candidat.

Cela s'est fait, mes chers confrères, et j'aime mieux croire encore à la négligence de certains examinateurs plutôt qu'à une ignorance aussi grande de la plus vulgaire clinique.

Mais cela va nous obliger à prendre des mesures sévères, car si nous continuons à nous laisser tromper, c'en est fait de notre réserve et de notre avenir ; l'Amicale ne résisterait pas à l'augmentation fatalement énorme des indemnités qui en découleraient.

Au lieu donc, désormais, d'adresser le candidat à un confrère voisin pour lui éviter un trop grand dérangement ; au lieu de nous en rapporter à l'honnêteté de médecins inconnus, mais que nous croyons toujours consciencieux parce que médecins et confrères, nous allons vous demander l'autorisation d'organiser un service d'examinateurs désignés à l'avance dans chaque région, examinateurs sur lesquels nous pourrons compter, qui s'engageront à ne pas nous tromper, qui n'auront aucun souci de camaraderie et qui seront, jusqu'à un certain point, responsables devant vous de leurs erreurs.

En second lieu, nous avons de bonnes raisons de croire que certains malades abusent de leur maladie, surtout aux périodes d'été, au moment des vacances et de la morte-saison, et s'offrent assez facilement un repos de 5 à 6 semaines à 10 fr. par jour à l'occasion d'affections aiguës plus ou moins sérieuses et prolongent au-delà du minimum strictement nécessaire leur droit à l'indemnité.

Cette constatation a été faite également à la Société à laquelle je faisais allusion tout à l'heure.

Je sais bien que les cas de ce genre sont la minorité et qu'à côté d'eux nous voyons d'autres confrères abandonnant leur droit à l'indemnité quand ils peuvent le faire sans gêne, ce qui grossit d'autant notre caisse auxiliaire et nous permet de leur adresser nos plus chaudes félicitations.

Mais si peu nombreux soient-ils, les fraudeurs sont encore trop dans une œuvre comme la nôtre. Ce n'est rien pour l'Amicale, se disent-ils, que quelques jours de plus à payer, et guéri le 25, on ne se fait porter guéri que le 30 pour finir le mois ou le trimestre ; rétabli un vendredi, on attend le lundi pour reprendre son travail.

Mais, Messieurs, de tels abus finissent par chiffrer au bout de l'année quand il y a 65 malades par trimestre, 260 malades par an, 70.000 francs d'indemnités annuelles à payer.

Si nos primes sont comptées au plus juste prix, il faut que les confrères ne nous demandent que le minimum légitimement dû d'indemnité, sans quoi il n'y a plus aucune sécurité pour la Caisse.

Là aussi, un contrôle sévère devra être organisé, là aussi, il nous faudra des confrères dévoués se chargeant de visiter les malades de leur région quand nous en sentirons le besoin. Depuis un an j'ai déjà ébauché un contrôle de ce genre, mais je ne puis le faire comme je le voudrais, ne connaissant pas les confrères à qui je m'adresse et que je n'ose déranger autant qu'il serait nécessaire.

Je dois, cependant, adresser mes plus sincères remerciements à ceux du Nord ou du Midi, de la Somme, de Maine-et-Loire, de la Gironde, des Pyrénées-Orientales, etc., qui, sur ma demande, ont bien voulu

quitter toutes leurs occupations pour aller visiter quelques-uns de nos membres. Ils l'ont fait avec un empressement d'autant plus méritoire qu'il était gratuit et je vous demande de leur adresser les remerciements et les félicitations de l'Assemblée générale.

Je viens de prononcer le mot « gratuit ». C'est là, Messieurs, la pierre d'achoppement de tout système de contrôle. Si nous voulons des contrôleurs zélés, nous devons les indemniser de la peine que nous leur demanderons ; si nous les voulons assez nombreux pour que le contrôle soit efficace, il nous faudra faire face à une dépense peut-être importante.

Je demanderai donc à l'Assemblée de donner son avis à ce sujet. A elle de dire si elle juge le contrôle nécessaire, si elle juge également nécessaire d'indemniser les contrôleurs, dans quelle proportion et avec quelles ressources.

Messieurs, quand vous aurez créé ce corps de contrôleurs, je m'en servirai comme propagandistes et je les prierai de faire connaître notre Amicale un peu partout.

Faire connaître l'Amicale ? vous récrierez-vous, mais elle est connue dans toute la France, et ses 1100 adhérents prouvent assez qu'elle fait son chemin et que nul n'ignore son existence, d'autant plus qu'étant la Caisse Indemnité maladie de l'Association Générale, les Sociétés locales dans leurs réunions annuelles doivent la faire connaître à tous les jeunes confrères.

Eh bien ! Messieurs, pour vous détromper, je vais vous lire la lettre suivante qui, malheureusement, n'est pas la seule de son genre dans mes dossiers :

« Monsieur et honoré confrère,

« La réunion annuelle des médecins de l'Aveyron avait lieu mercredi dernier. J'ai profité de cette occasion pour recruter quelques adhérents à notre Amicale. J'ai le regret de vous dire que cette œuvre est totalement inconnue, malgré vos efforts de propagande. Les jeunes confrères, avec cette confiance qu'inspire pour l'avenir l'ardeur de leurs 30 ans, ne cherchent pas à approfondir le but et les avantages de notre Association, c'est à peine s'ils en connaissent l'existence.

« Les mûrs, 40 ans, se croient trop avancés en âge, pour en retirer quelques avantages et tous, jeunes et vieux, ignorent totalement que l'œuvre est prospère.

« Je n'ai pas toutefois complètement prêché dans le désert ; je crois pouvoir vous annoncer quelques adhésions.

« Veuillez agréer, etc.

« Signé : Dr Laur,

« de Tournemire (Aveyron) ».

Suit une liste de 13 candidats probables dont les 2 secrétaires de la Société locale de l'Aveyron.

Veuillez adresser, Messieurs, les félicitations de l'Assemblée à M. Laur, et associez-lui quelques autres zélés confrères qui seraient trop à nommer, mais qui se font un devoir, à chaque occasion, de m'envoyer des adhésions par paquets de 5 à 10. Ceux-là méritent tous nos remerciements pour les services qu'ils rendent non seulement à l'Amicale, mais surtout à leurs confrères, au corps médical tout entier.

Malheureusement, ce bel effort est trop isolé ; la création des contrôleurs permettrait de l'organiser d'une façon très efficace. Qu'il me soit permis, à cette occasion, d'exprimer une idée qui me hante depuis quelque temps.

J'ai déjà dit que nous étions la Caisse-Indemnité maladie patronnée par l'Association Générale. Je crois que le premier acte de patronage de l'Association Générale devrait être de faire elle-même activement, dans toutes les Sociétés locales, la propagande pour l'Amicale et que nous devrions demander à cette Association d'envoyer à tous les secrétaires des Sociétés locales un mot d'ordre dans ce sens.

Ces secrétaires, Messieurs, deviendraient ainsi le premier noyau de votre service de contrôle et de prévoyance et j'en connais, d'ores et déjà, plusieurs qui m'ont donné leur adhésion formelle.

J'ai fini, mes chers Confrères, de vous exposer les questions qui devront cette année retenir votre attention pour le plus grand bien de notre chère Amicale.

Laissez-moi terminer par un conseil que je répète tous les jours, mais qui ne saurait être trop entendu. Lisez, relisez nos statuts et les renseignements qui les suivent : apprenez mieux le fonctionnement administratif de votre œuvre, vous réduirez ainsi de moitié les frais de correspondance du secrétariat et nous ne verrons plus des confrères de l'Amicale, tombés malades, oublier qu'ils ont droit à leur indemnité, oublier jusqu'au rôle, jusqu'à l'existence de cette Association.

Oui, Messieurs, cela s'est vu !

Je n'ajouterai qu'un mot. N'attendez pas l'organisation du contrôle que je vous demande pour faire de la propagande.

Imitez Monsieur Laur et les quelques autres zélés dont je vous ai parlé ! Que tous, dans votre coin, vous fassiez pression constante sur les camarades et les voisins.

C'est par le nombre seul que nous serons forts et que l'Amicale pourra continuer à prospérer et à couvrir en toute sécurité de son égide protectrice tous ceux qui se sont placés sous sa sauvegarde.

Dr H. Mignon.
(Les Mureaux, S.-et-O.)

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

L'enseignement médical en général.

Une interview anonyme.

Les lignes qui vont suivre sont la relation d'un entretien qu'un de nos plus estimés maîtres de la Faculté de Paris, — nous l'appellerons le Professeur X., pour nous conformer à son désir — voulut bien nous accorder dernièrement.

La question que nous lui posions était celle que nous avons déjà soumise aux professeurs Gariel, Blanchard, Gautier, Poirier, Richet, Cornil, Gilbert, Pouchet et Hutinel : Y-a-t-il des améliorations à apporter à l'enseignement médical ?

— Je suis un peu embarrassé, nous dit notre interlocuteur, pour aborder un tel sujet. Non pas que le régime actuel d'études soit satisfaisant, bien au contraire, mais parce que, à la vérité, on ne fait pas ainsi, en quelques instants, le procès de tout un mode d'enseignement.

Assiduité des élèves aux cours.

— La première chose à demander, en matière de réforme des études médicales, est l'assistance des élèves aux leçons. Que les cours soient obligatoirement suivis, que les auditeurs prennent des notes, qu'ils soient interrogés par le professeur, et nous ne verrons plus ces ignorances notoires qu'il nous arrive de rencontrer parfois aux examens de Doctorat. Je sais bien que les jeunes gens protesteront, manifesteront au besoin bruyamment leur mécontentement, mais vraiment, c'est une objection qui ne doit pas nous arrêter. Il n'est pas d'habitude que ce soient les candidats à une fonction, à un titre, à un diplôme, qui réglementent les conditions d'obtention de ce diplôme. Et puis, le régime actuel des études médicales — régime de liberté — n'existe dans aucune autre École. Partout ailleurs, dans tous les établissements d'instruction supérieure, les élèves sont astreints à une discipline, à une règle, à une assiduité dont ils se trouvent bien. Les Éco-

les de médecine militaire, où cette assiduité est exigée, trouvent là un élément de supériorité sur nos Facultés.

Réduction des matières trop développées.

— Un second point à reviser, c'est l'extrême abondance des matières. On demande aux candidats énormément de choses et on ne leur laisse guère le temps d'apprendre la médecine et la chirurgie proprement dites. Comme toujours, plus on demande et moins on obtient. Depuis longtemps, on s'est élevé contre l'exagération des études anatomiques. Il est excessif, sur les cinq années passées à l'École, d'en consacrer deux, près de la moitié, à l'anatomie et à la dissection. Il n'est nullement indispensable, pour faire un bon médecin praticien, d'avoir disséqué durant deux semestres des muscles ou des filets nerveux. En Allemagne et en Angleterre, on montre aux étudiants des pièces, des cadavres entiers préparés d'avance. C'est plus simple, beaucoup plus rapide et aussi instructif. Je dirai de même qu'une vingtaine de séances d'histologie suffisentaux besoins du futur praticien. Si l'on élague, si l'on réduit ainsi les matières trop développées, nous pourrons nous montrer plus exigeants sur les parties fondamentales de l'enseignement. De nos jours, l'élève en médecine ne doit plus se contenter de l'auscultation du poumon et du cœur et d'un vague palper de l'abdomen, comme il y a 30 ans. Il lui faut connaître d'autres méthodes, variées et nombreuses : les courbes de température, les analyses d'urine, la recherche des tensions sanguines, les épreuves radiographiques, le diagnostic bactériologique, etc. Le temps consacré à la dissection des muscles hypothénars — pour citer un exemple — serait certes plus utilement employé à apprendre les procédés cliniques en question.

Réforme des examens.

— Les examens sont, de leur côté, trop nombreux. Ce n'est pas cinq mais une quinzaine d'épreuves qui sont en réalité imposées aux candidats au Doctorat. De plus, les étudiants, amenés à préparer successivement, au fur et à mesure des besoins, les matières des examens, ne les revoient jamais une fois l'épreuve terminée. Interrogez, je suppose, un candidat de 5e Doctorat, sur l'anatomie ; les réponses obtenues sont généralement très faibles. Cette question des examens, est il est vrai, à l'ordre du jour : de différentes parts, on s'en est occupé, et il est probable qu'une amélioration sera prochainement obtenue.

— En somme et comme conclusion, pour aboutir à réformer le mode actuel d'études, il faudrait mettre à nu, d'abord, toutes ses défectuosités et ses imperfections, et ériger ensuite un régime sinon parfait, du moins sensiblement meilleur : la tâche n'est pas sans difficultés.

Dr P. LACROIX.

LA SEMAINE MÉDICALE

Plaies pénétrantes de l'abdomen.

D'après la thèse du Dr MICHEL MACCARIO, de Montpellier, en matière de plaies pénétrantes de l'abdomen, il existe une différence considérable entre les lésions viscérales produites par le couteau et celles dues au revolver.

Dans les blessures produites par le couteau, les lésions dépassent rarement trois perforations.

Dans celles dues à la balle du revolver, l'abdomen est très souvent traversé de part en part et les perforations se comptent le plus souvent par sept, huit, et quelquefois même jusqu'à douze, quinze et vingt.

Le couteau fait des blessures infiniment moins graves que le revolver. Celui-ci détermine des éversions de la muqueuse, des pertes de substance, et parfois de vrais arrachements.

« Le bouchon muqueux » n'est qu'un bouchon septique, et bien souvent même il n'oblitère pas la plaie, remplacé qu'il est par une muqueuse éversée qui laisse béant un large orifice.

L'hémorragie interne est un accident fréquent, presque constant avec le revolver.

Les viscères abdominaux sont fréquemment lésés.

Les plaies thoraco-abdominales se retrouvent quatre fois dans nos observations.

Il n'est pas possible d'établir une corrélation entre les lésions viscérales et l'état général.

A aucun prix, le chirurgien ne doit différer une opération, sous prétexte que l'état général est momentanément bon. Ceci est d'une importance capitale sur laquelle nous croyons devoir insister,

En cas de plaie intéressant l'abdomen, on n'a pas à rechercher si la plaie est, ou non, pénétrante ; car, dans ce cas, on peut dire, paraphrasant un mot célèbre : « Le traitement médical n'existe pas. » Une seule formule doit résumer la ligne de conduite obligatoire du chirurgien : *Il faut opérer.*

Cette opération variera suivant les cas, depuis la simple incision de recherche au niveau de la plaie, jusqu'à la *laparotomie médiane xipho-pubienne*, en passant par la *laparotomie latérale.*

Dans les cas de « plaie thoraco-abdominale » la laparotomie est insuffisnte, la *thoracotomie* paraît s'imposer ;

L'*éviscération* est une manœuvre opératoire qui, sous des apparences brutales, ménage le mieux la vie du malade, pour les trois raisons suivantes :

Elle est rapide ;

Elle rend possible l'hémostase ;

Elle permet la recherche précise et méthodique de toutes les perforations ;

Elle doit être pratiquée, suivant une technique bien définie et avec des aides éprouvés ;

Le *drainage* est un moyen utile qu'il est bon de savoir appliquer, car il peut rendre d'éminents services. D'ailleurs ses modes en sont variés.

La moyenne de mortalité des interventions abdominales faites pour blessures par arme blanche est considérablement inférieure à la mortalité résultant des blessures produites par le revolver moderne, qui tire la balle blindée ;

Il est bien évident que l'*intervention* a chance d'être d'autant plus efficace qu'elle est plus précoce.

CLINIQUE MEDICALE

M. LE Dr BARIÉ

La percussion et la mensuration du cœur.

L'étude des maladies du cœur comporte une série de recherches et d'examens assez compli-

qués: l'inspection, la palpation, la percussion de la région précordiale. la radioscopie, la phonendoscopie, l'auscultation.

La *percussion* surtout offre de grandes difficultés par suite des rapports topographiques du cœur avec le poumon gauche, la sonorité pulmonaire altérant de façon constante les signes fournis par la matité cardiaque : il y a là une cause d'erreurs telles que certains auteurs ont été jusqu'à dire que, somme toute, la percussion ne donne que des indications très relatives et ne présente aucune certitude. Toutefois, si délicate que soit en effet, la percussion de la région précordiale, elle peut vous rendre service, c'est une méthode à conserver, qui, il est vrai, réclame de votre part un peu plus d'attention que les autres, mais dont la nécessité s'impose.

Les traités de cardiopathologie indiquent un assez grand nombre de procédés de percussion, tels que ceux de Constantin Paul, de Bondé, professeur de clinique à Lyon, de Grancher, de Guttmann, etc.; cette variété de techniques trahit précisément la difficulté de l'opération. Chacun de ces procédés a ses avantages et tous ont du reste des points communs.

Celui dont je me sers habituellement parce que je le trouve très pratique et commode est le *procédé de Potain*. Ce procédé, d'une application relativement facile, donne des résultats excellents; toutefois, il convient de vous faire remarquer que ce moyen n'a d'autre valeur qu'une appréciation clinique et qu'on ne saurait en aucune manière en tirer des déductions sur l'état réel du cœur, tel qu'on pourrait le constater sur la table d'autopsie : en effet, il existe une très notable différence entre les données qu'on peut obtenir sur le vivant et celles que fournit l'examen nécroscopique. Le procédé de Potain suppose l'organe vu en projection sur un plan horizontal.

Pour vous en faciliter l'exposition, il est bon de vous rappeler en quelques mots les rapports anatomiques du poumon et du cœur. Vous savez que les bords antérieurs des poumons, à la partie supérieure, sont presque au contact l'un de l'autre; le bord antérieur du poumon droit descend à peu près suivant la direction du sternum, et ce n'est vraiment qu'à la partie inférieure qu'il se sépare du cœur. Au contraire, le poumon gauche vers le cinquième cartilage intercostal, s'incurve, présente une légère concavité: puis tourne brusquement vers la partie externe du thorax. Il y a dans l'écart des deux bords antérieurs une partie découvrant le cœur : elle représente la *petite matité* ou « matité vraie » du cœur, consistant en une matité absolue. Anatomiquement, cette zone correspond au ventricule droit.

Quant aux parties supérieures du cœur, recouvertes par le poumon, elles donnent à la percussion une submatité : c'est ce qu'on appelle la *grande matité*.

La *petite matité* représente une surface irrégulièrement triangulaire, limitée en dehors par une ligne sinueuse se perdant vers la pointe de l'organe ; en dedans, par une ligne verticale répondant au bord gauche du sternum ; en haut, par le quatrième espace intercostal ; en bas, elle se confond avec la matité du bord supérieur ou partie convexe du foie..

Cette surface de matité vraie mesure environ 40 à 50 millimètres carrés (Bouillaud), et pour beaucoup d'auteurs, c'est le seul point sur lequel devrait porter la percussion cardiaque, la grande matité étant trop difficile à apprécier. Telle est l'opinion de Grancher, Sicori, Guttmann.

Cependant, la petite matité est variable ; dans l'emphysème, les deux lames pulmonaires, droite et gauche, sont très rapprochées, et la petite matité du cœur diminue ; on pourrait en induire à tort que cet organe présente un petit volume. Ajoutons que cette matité varie également sous l'influence des mouvements respiratoires, augmentant d'étendue pendant l'expiration et diminuant lors de l'inspiration. Elle peut aussi être diminuée par suite d'un épanchement pleurétique.

Donc, nous pensons qu'il est utile de corroborer ces résultats par l'*examen de la grande matité*.

Bien plus, à notre avis, la délimitation de la petite matité cardiaque ou matité vraie ne constitue qu'une partie insuffisante du problème qu'on se propose de résoudre, et je crois qu'il est préférable de la laisser au second plan et de rechercher surtout à déterminer l'étendue de la submatité, répondant à la région du cœur recouverte par le poumon. Cette recherche est parfois impraticable chez les emphysémateux, chez les individus ayant un pneumothorax, ou présentant du tympanisme stomacal, de même que chez les obèses.

La submatité se trouve localisée dans ce qu'on peut appeler « l'aire cardiaque » et délimitée par quatre lignes fictives. Voici comment vous devez la rechercher.

Vous vous placerez du côté gauche du malade, et commencerez par déterminer aussi exactement que possible la pointe du cœur, que vous marquerez avec un crayon dermographique. Puis il s'agit d'établir la première ligne enserrant l'aire cardiaque, c'est-à-dire le bord inférieur du cœur.

Sur la main gauche appliquée dans les espaces intercostaux, vous pratiquerez, avec la droite, une percussion forte, en allant des parties sonores vers les régions mates, et de dehors en dedans ; vous arrivez ainsi à la matité hépatique, et vous marquez ainsi un deuxième point au crayon. En unissant ce point par un trait à celui qui indique la pointe, vous obtenez la limite inférieure du cœur : c'est une ligne légèrement oblique de droite à gauche et de haut en bas.

Pour délimiter la seconde ligne, ou le bord droit du cœur, on pratiquera la percussion le long du sternum et on obtiendra une ligne à peu près verticale répondant au bord de cet os, et à l'oreillette droite.

Pour la troisième, représentant le bord gauche du cœur, on percutera de haut en bas et de dehors en dedans, ce qui donnera une ligne très oblique de bas en haut et de gauche à droite.

Vous aurez, de la sorte, figuré un espace presque triangulaire, dont le sommet, ouvert, reste fermé par une quatrième ligne, assez difficile à préciser, parce qu'elle correspond aux gros vaisseaux de la base, et qu'il faut percuter avec une certaine intensité au niveau du manubrium pour l'établir.

Ajoutons que, dans la pratique, il suffit de déterminer trois points, pour figurer avec une approximation suffisante l'aire cardiaque : la ligne représentant le bord gauche (ventricule) est inutile; en effet, comme nous allons le voir par le mode mensuration.

Pour *faire la mensuration*, on prend un ruban métrique, et on mesure respectivement les deux lignes représentant le bord inférieur et le bord interne du cœur. Il suffit, pour connaître la surface de projection de l'organe, de multiplier les chiffres ainsi obtenus par un coefficient, évalué par Potain, à 0,83. On trouve, en moyenne, que l'aire cardiaque offre, chez l'adulte, une étendue de quatre-vingt-dix centimètres carrés. Des chiffres plus élevés, 120, 150 centimètres carrés indiquent un gros cœur.

Un mot sur la radioscopie du cœur.

Lorsque cette nouvelle méthode a paru, on a fondé sur elle beaucoup d'espérances qui, il faut l'avouer, ont été déçues, en ce qui concerne la pathologie cardiaque.

La radioscopie nous apprend, en effet, fort peu de chose : à la partie antérieure, on projette sur l'écran une surface opaque, indiquant nettement la pointe du cœur, mais se confondant à droite avec l'ombre du sternum dont l'ombre cardiaque ne se distingue que par une différence de teinte difficilement appréciable. En arrière, on voit une grande ligne d'opacité représentant le rachis, et à sa gauche l'ombre cardiaque.

La radioscopie peut donner des renseignements sur le volume du cœur ; elle est utile dans les cas d'ectopie cardiaque.

Elle montre également la place du cœur, mieux que la percussion et l'auscultation, dans le cas d'épanchement pleurétique.

Elle peut surtout fournir des indications dans les affections de l'aorte.

L'anévrysme de l'aorte est, vous le savez, très difficile à diagnostiquer au début, lorsque la poche est encore trop petite et qu'on ne note chez le malade que des phénomènes très légers de compression à la région thoracique. La radiographie permet de délimiter exactement l'étendue de l'aorte.

Quant aux lésions d'orifices, cette méthode ne nous apprend rien, parce qu'on opère sur le vivant ; si, le cœur n'était pas rempli de sang, on verrait des taches indiquant les nodosités valvulaires.

En somme, les rayons X peuvent servir à déterminer le volume du cœur et ses déplacements et à diagnostiquer les anévrysmes de l'aorte latent.

La phonendoscopie non plus n'a pas donné les résultats qu'on en pouvait attendre ; elle s'est bornée à confirmer les notions acquises par la percussion. (*Extrait du Journal de médecine interne.*)

THERAPEUTIQUE

Le traitement actuel du mal de Bright.

Le traitement, jusqu'alors classique, des néphrites chroniques, par le régime lacté et le repos, a été l'objet depuis plusieurs années de critiques, qui ont quelque peu altéré son intangibilité. Après avoir signalé les inconvénients et l'abus du lait, les auteurs ont montré l'utilité qu'il y avait à permettre aux brightiques une alimentation et une existence plus en rapport avec la vie normale. On a attaqué également la doctrine de l'incurabilité du mal de Bright et on a proposé en conséquence des médications nouvelles de cette affection : la suppression du chlorure de sodium a été recommandée contre les œdèmes, la ponction lombaire contre l'urémie, la ponction du rein, l'administration d'extrait de cet organe contre la néphrite elle-même. Les chirurgiens, de leur côté, n'ont pas hésité à se mettre de la partie, et, à la suite d'un praticien américain, le Dr Edebohls, certains d'entre eux préconisent maintenant la décapsulation du rein malade comme thérapeutique du brightisme.

Il nous a paru intéressant, dès lors, de résumer une importante discussion récemment soulevée sur ce sujet, au 72e Congrès de l'*Association médicale britannique*, à Oxford. Ces diverses questions y ont été successivement envisagées.

La discussion fut ouverte par le rapport suivant du Dr Hale White, professeur au Guy's hospital :

Un symptôme, dit-il, contre lequel on a longtemps dirigé toutes les armes de la thérapeutique, à tort à mon avis et avec des résultats souvent désastreux, est l'albuminurie. La seule présence de l'albumine dans l'urine est de peu d'importance, si ce n'est comme aide pour le diagnostic. On rencontre fréquemment cet élément morbide dans les fièvres, les affections cardiaques, les calculs rénaux, la cystite et d'autres états pathologiques encore, si bien que la moitié des sujets albuminuriques ne sont pas brightiques : pourquoi s'attaquer à ce symptôme dans un cas, et le négliger dans d'autres. Tout médecin ayant une longue pratique se rappelle avoir suivi des individus qui ont été albuminuriques pendant 20 années et plus, sans grand dommage. Un instant de réflexion montre d'ailleurs que la perte de quelques grammes d'albumine est sans importance et peut être compensée par une augmentation insignifiante de nourriture. J'estime, de plus, qu'il est mauvais et nuisible de pratiquer, chez les brightiques, des examens fréquents et multipliés de l'urine : les malades se trouvent inutilement déprimés par la constatation d'une légère augmentation de la dose d'albumine, ou ils se trouvent au contraire portés à un optimisme mal fondé, s'il y a diminution de cette dose. Je préfère la recommandation de ce médecin célèbre qui, à une époque où le traitement symptomatique de l'albuminurie était en honneur, déclarait que, quant à lui, s'il était albuminurique, il ne voudrait pas le savoir.

L'albuminurie est une aide précieuse pour le diagnostic de toutes les formes du mal de Bright; ses variations de quantité nous permettent d'apprécier les progrès de l'affection dans les cas aigus ou subaigus. Dans les cas chroniques, le dosage de cet élément anormal a beaucoup moins de valeur : il se trouve bien des fois réduit à peu de chose, au moment même où la mort est imminente. Dans ces conditions, le traitement symptomatique de l'albuminurie est défectueux, sans compter que la diète lactée, à laquelle on s'adresse pour reduire l'albumine, n'y parvient pas, la plupart du temps.

Passons ensuite aux symptômes portant sur le système vasculaire. Dans les néphrites chroniques, nous rencontrons deux types extrêmes, l'un et l'autre également sérieux. Certains malades ont une hypertrophie du cœur et de l'hypertension vasculaire au point de succomber à l'hémorragie cérébrale ; d'autres ont un pouls faible, une pression sanguine diminuée, une dilatation cardiaque et ils meurent d'atonie du cœur. Les premiers

doivent éviter tout ce qui élève la tension, les grands mouvements. les exercices physiques prolongés ; chez eux,la liberté de l'intestin sera entretenue régulièrement dans le but de soulager la circulation et de prévenir les efforts pour aller à la garde-robe : l'hémorragie cérébrale se produit souvent, nous le savons, aux water-closets.

Le patient fera des repas modérément abondants ; il boira peu, se contentera d'une faible quantité de viande et de boissons alcoolisées. Il éliminera de son alimentation les extraits de viande et les produits analogues. La digitale et les médicaments élévateurs de la tension sanguine sont préjudiciables.

Les malades, dont la pression vasculaire est abaissée et le cœur affaibli ont été fréquemment amenés à ce résultat par la thérapeutique classique du brightisme, la diète lactée exclusive. On oublie trop, en pareille circonstance, qu'on ne saurait toucher un point de l'organisme sans intéresser, en même temps, les autres. Partant de cette idée que le lait est le meilleur moyen de diminuer le travail du rein, on met le brightique à un régime nutritif insuffisant, qui a pour effet d'atténuer la vitalité du muscle cardiaque : ce résultat est d'autant plus regrettable que, en raison de l'épaississement des tuniques artérielles, le travail du cœur est augmenté Dans un mémoire, publié il y a une dizaine d'années, j'ai montré, par des observations cliniques, que les malades en question s'amélioraient dès qu'on leur permettait une petite quantité de viande et même d'alcool. Non seulement leur circulation générale tire profit de cette addition, mais encore il y a un mieux sensible de tout l'organisme. Bien des brightiques, d'autre part, sont maintenus d'une façon trop rigoureuse au lit ; le cœur, alors, comme le reste du corps, s'amollit et perd de son énergie. Ici encore, les malades ont avantage à se lever, la circulation et la digestion devenant, de ce seul fait, plus régulières. Je ne voudrais pas être mal compris : j'ai seulement en vue les cas chroniques, car je pense, au contraire, que les cas aigus ou subaigus ont besoin d'être alités très longtemps. A la vérité, il faut beaucoup de jugement et d'expérience pour apprécier la somme d'exercice qu'un tel malade doit prendre. Quelques brightiques, sur les recommandations de leurs médecins, restent trop au repos, et ils engraissent, condition particulièrement défectueuse dans un état morbide où le cœur est déjà surmené par la sclérose artérielle.

Les sujets atteints de néphrite chronique boiront modérément. Bien que les inconvénients d'un excès de liquide sur le système vasculaire aient été exagérés, il est préférable que le malade n'absorbe qu'une quantité moyenne de boissons.

En résumé, on fera en sorte de maintenir la tension circulatoire à son taux normal, autant que possible sans médicament.

En face d'un œdème brightique, que convient-il de faire ? Si l'on excepte l'œdème causé par l'état du cœur — qui relève des toniques cardiaques —, ce symptôme n'est assez accusé pour réclamer un traitement que dans la néphrite parenchymateuse. Les cas légers ou moyens seront soignés par la position appropriée des parties malades : les membres inférieurs seront tenus horizontalement au cas d'œdème malléolaire ; le patient sera tourné alternativement d'un côté et de l'autre au cas d'œdème pulmonaire. On diminuera les boissons et on veillera à la régularité et à la laxité des garde-robes. Lorsque la néphrite est ancienne et la tension sanguine très faible, un peu de caféine ou une pilule contenant de la poudre de digitale et de scille est indiquée. D'une manière générale, on ne s'adressera pas aux diurétiques pour soulager l'œdème rénal et il convient, autant que possible, de se passer de ce groupe de médicaments. Un autre moyen, très efficace, d'agir sur l'œdème est la ponction et les mouchetures des membres ; c'est une opération, il est vrai, qui exige de grandes précautions aseptiques, car les tissus infiltrés de sérosité sont une proie facile pour les streptocoques ; une inflammation grave est toujours à redouter en pareille circonstance. On prendra soin, également, d'éviter l'absorption des antiseptiques par la plaie. Les soustractions de liquide ainsi obtenues ont, outre leur action locale, des effets à distance : les mouchetures des membres, par exemple, diminuent les infiltrations pleurales ou pulmonaires.

Nous allons aborder ensuite le traitement du mal de Bright lui-même. Il se base généralement sur les deux données thérapeutiques suivantes : éloigner toute substance que l'on suppose devoir irriter le rein et être éliminée difficilement ; chercher à détruire le poison que l'on estime causer le syndrome de l'urémie.

Certaines drogues doivent être évitées ou prescrites avec ménagement chez les individus dont les reins sont malades : tels les cantharides, l'acide phénique, la térébenthine. D'autres ne seront données que pendant un temps très court, le mercure, le plomb, la digitale entre autres. Les opinions sont divergentes en ce qui concerne la morphine. Il est indiscutable qu'elle améliore les convulsions urémiques, mais on observe de temps en temps, par contre, des brightiques intoxiqués mortellement par des doses de morphine inoffensives chez les sujets sains. Cette hypersensibilité peut être due en partie à la diminution du pouvoir excréteur, en partie à la dépression du centre respiratoire par le poison urémique et par l'affaiblissement de la circulation. Aussi, recommanderai-je volontiers d'être très circonspect dans l'administration de cet alcaloïde aux personnes atteintes de néphrite chronique. On s'abstiendra également de sulfonal et de trional, en raison de l'hématoporphyrinurie qui accompagne leur effet hypnotique.

La néphrite interstitielle, — forme habituelle du brightisme — est fréquemment traitée avec trop de rigueur. Dans le but de soulager le rein, on supprime du régime alimentaire, telle ou telle substance nutritive utile. On oublie que la lésion rénale étant un processus dégénératif, son évolution ne saurait être retardée que si la santé générale est maintenue à son niveau normal, ce qui n'est pas le cas. évidemment, d'un malade privé de nourriture. Et, effectivement, en pratique, j'ai vu nombre de fois des brightiques s'améliorer, lorsqu'on augmentait leur régime alimentaire. Il va sans dire qu'on éloignera tout ce qui n'est pas nutritif, les sauces, les condiments, dont on permettra seulement de très minimes quantités. Pendant longtemps, on a autorisé les viandes blanches, le poulet, le poisson, et défendu les viandes rouges ; c'est là une conception purement théorique : existe-t-il des observations montrant que la durée de la maladie est propor-

tionnelle à la couleur de la viande consommée ?

Ce que je viens de dire de la diète des néphrites interstitielles s'applique à celle des néphrites parenchymateuses. Ici, le régime classique est encore plus rigoureux et plus pénible à suivre.

Jamais, peut-être, le médecin n'a plus belle occasion de rendre joyeux et en même temps d'améliorer un malade qu'en disant à un pauvre brightique condamné au lait et aux farineux de participer à des repas ordinaires. Il faut beaucoup de jugement pour distinguer si un cas aigu ou subaigu a gagné un stade de chronicité définitive. Cette distinction offre une grosse importance puisque, tant que la lésion est subaiguë et la guérison complète susceptible d'être obtenue, la diète doit être rigoureusement réglementée. Je répète que le traitement des états aigus n'est pas le même que celui des états chroniques : je m'occupe, en ce moment, uniquement de ces derniers.

Le brightique fumera peu et prendra avec modération du thé ou du café, eu égard à l'action de ces produits sur le système circulatoire. Quant à la quantité de boissons que le malade peut ingérer, elle a fait l'objet de bien des appréciations erronées. Dans la néphrite parenchymateuse, là où l'œdème est notable, on n'a guère de chances de voir disparaître cet accident si l'organisme se trouve sans cesse en état de pléthore hydrémique. D'autre part, on sait que l'excès de boisson augmente le travail cellulaire et accroît la quantité de déchets, d'où une cause de fatigue pour le rein. Dans ces conditions, la surabondance des liquides ingérés est mauvaise ; d'une manière générale, la quantité d'eau contenue dans le régime alimentaire habituel est presque toujours suffisante : tout au plus y ajoutera-t-on, dans la forme parenchymateuse de la néphrite, un demi-litre de liquide en supplément, pour aider à l'élimination de l'épithélium rénal nécrosé.

Il me reste à envisager maintenant la thérapeutique de l'urémie. Sans que nous puissions en connaître la nature intime, cet état morbide nous donne l'impression d'une intoxication. L'élément toxique ne paraît pas provenir de l'alimentation, car, chez les sujets sains, l'ingestion d'une grande quantité de nourriture ne conduit pas à l'urémie. Nous sommes ainsi amenés à conclure que cette affection est due à une auto-intoxication. Nous ne disposons d'aucun antidote capable d'atténuer ou de limiter la formation du poison en cause, et nous en sommes réduits à stimuler les fonctions excrétoires de l'organisme, espérant qu'elles parviendront à éliminer les toxines. On recommande, dans ce but, les évacuations alvines par un purgatif drastique et la sudation par les boissons chaudes, un bain d'air chaud ou une injection de pilocarpine. On n'emploiera pas cette dernière à doses trop élevées, car elle déprime le cœur et en même temps augmente les sécrétions bronchiques avec, comme conséquence, parfois, l'accroissement de l'œdème pulmonaire et la mort par asphyxie. La saignée est des plus utiles.

On cherchera logiquement à éviter l'éclosion des accidents urémiques en appliquant les mêmes règles thérapeutiques. On veillera à la liberté de l'intestin et on maintiendra une certaine activité des glandes sudoripares sans aller jusqu'aux transpirations prolongées. Le patient prendra, je suppose, un bain chaud tous les soirs ; il se fera frictionner et se mettra au lit après. Il portera au contact de la peau des vêtements de laine et il choisira si possible un climat approprié. L'idéal est l'Egypte, car la température y est élevée et l'humidité peu considérable ; le malade n'est pas, dès lors, incommodé par la transpiration, celle-ci s'évaporant au fur et à mesure de sa production. Cependant, eu égard à la fraîcheur des nuits, il est nécessaire de se couvrir chaudement après le coucher du soleil.

Maintenir l'activité des glandes sudoripares a aussi un heureux effet sur l'œdème. Il est bon de rappeler, à ce propos, les relations étroites existant entre le rein et le revêtement cutané. J'ai souvent vu l'état de brightiques s'aggraver lorsque la peau se refroidissait et devenait frissonnante. Il faut éviter cet incident en couvrant le corps en conséquence.

Il y a peu de chose à dire sur le traitement particulier des symptômes de l'urémie. On ne se hâtera pas d'arrêter la diarrhée ou les vomissements, car ce sont des émonctoires. Les maux de tête intenses, associés avec une hypertension artérielle, seront quelquefois soulagés par les nitrites. Un bain chaud pris au moment de se coucher les atténue ainsi que l'insomnie. Si un hypnotique devient nécessaire, on s'adressera de préférence au chloralamide.

Dr P. Lacroix.

(A suivre.)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur l'emploi thérapeutique de la saignée.

Il ne faut pas négliger la saignée dans certaines affections du cœur et des vaisseaux. Celle-ci agit d'ailleurs mécaniquement : la soustraction d'une certaine quantité de sang diminue en effet la résistance dans le système circulatoire ; le travail du cœur devient moindre : par suite, celui-ci se contracte plus énergiquement et parvient à surmonter les obstacles avec plus de facilité. La saignée trouve donc son indication dans les maladies où des résistances, survenues au niveau du système circulatoire, sollicitent un effort plus grand de la part du cœur.

Dans la pneumonie, il faut pratiquer une saignée en cas d'œdème pulmonaire, de cyanose marquée, de pulsations molles et défaillantes, de dyspnée, bref, quand les signes pathologiques font craindre une paralysie du cœur.

Dans l'emphysème pulmonaire, ainsi que dans les lésions cardiaques mal compensées, Brunev (*Zeitsch f. Klin-Méd.* Bd. 53. 1904) obtint d'excellents résultats en soustrayant rapidement une certaine quantité de sang, alors que les médicaments cardiaques et diurétiques avaient échoué.

La saignée est indiquée dans l'apoplexie cérébrale, quand l'hémorragie est récente et quand il s'agit d'individus robustes, pas très âgés, ayant un pouls bon, régulier, une respiration tranquille, et de fortes pulsations des carotides. Cette pratique se recommande enfin dans l'urémie, surtout dans les cas aigus ; dans la chlorose, elle reste sans effets.

Sur le traitement de la fièvre typhoïde.

Les principes fondamentaux de ce traitement doivent être tirés d'une observation attentive des facteurs essentiels, qui peuvent déterminer la mort dans la fièvre typhoïde.

Et c'est avant tout la gravité de l'infection qu'il faut prendre en considération ; celle-ci provoque l'issue fatale dans 25 à 50 % des cas et se traduit par des altérations du pouls, de telle sorte que beaucoup d'auteurs incriminent l'abaissement de la pression artérielle, comme une cause de la mort : et de fait la dotiénentérie diminue la tension sanguine dans les artères : un pouls fréquent, petit, dépressible, constitue toujours un indice dangereux. Muller pratique en pareil cas des injections systématiques de caféine, répétées toutes les deux heures (1 à 2 grammes par jour) ; ce procédé aurait maintes fois sauvé la vie de ses malades alors que la digitale reste sans effets dans la plupart des maladies infectieuses. Le même auteur combat le météorisme par l'emploi d'une vessie de glace, procédé qui améliore simultanément le pouls (*Die Thérapie d. Gegenwart*, n° 152, 1904).

Mais l'hydrothérapie constitue un des remèdes les plus précieux. On emploie l'eau froide, soit sous forme d'affusions, soit sous forme de lavages chez les malades affaiblis ; les patients sont ensuite couchés dans un lit bien chaud, puis on les frictionne avec des linges chauds. Cet apport de calorique peut leur éviter le frisson. Le bain diminue l'obnubilation : il augmente l'appétit et rafraîchit le malade. Les affusions froides produisent par voie réflexe de grandes inspirations, et celles-ci constituent la meilleure prophylaxie de l'atélectasie et de la broncho-pneumonie.

Après l'infection générale, ce sont les hémorrhagies et les perforations intestinales qui causent la mort (les hémorrhagies dans 6 à 10 % des cas — les perforations dans une proportion de 14 à 25 %). Pour éviter ces complications dangereuses, il est nécessaire de veiller avec un soin tout particulier à la reprise de l'alimentation. Or, chez le typhique, les déperditions sont très grandes, et il est impossible de réaliser une nourriture suffisante au moyen des aliments liquides.

Aussi Müller permet-il volontiers la viande, d'autant plus que celle-ci est digérée généralement dans les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle ; il faut toutefois avoir la précaution d'en écarter toute partie cartilagineuse ou tendineuse. Quant aux légumes et aux fruits, on évite ceux qui sont trop difficiles à digérer. Donc avec un litre ou un litre et demi de lait, les malades prendront de la viande râpée, des hachis, de la cervelle, de la viande de veau rôtie et coupée en morceaux, du poulet, du gibier ; comme légumes ce seront des pommes de terre, des épinards. On leur donnera des soupes de farine, de riz, du pain sec, des compotes de pommes.

Müller a pu appliquer ce régime à 87 malades, sans avoir un seul décès par hémorrhagie intestinale ou par perforation.

La léthalité est due en troisième lieu aux complications pulmonaires, et surtout à la pneumonie : la fièvre typhoïde peut revêtir au début les allures d'une pneumonie fibrineuse. Souvent il se produit dans le courant de la maladie une pneumonie hypostatique. Pour éviter l'infection pulmonaire, Müller attache, chez les typhiques, une très grande importance aux soins de la bouche, ceux-ci, plusieurs fois dans la journée, doivent nettoyer leurs dents avec de l'eau chaude.

Il faut également de fréquents lavages des fosses nasales avec solution tiède d'eau salée à 1 %. Enfin pour éviter l'hypostase, en même temps que les lésions de décubitus, il est nécessaire de changer souvent le malade de position.

Les complications de l'appareil uro-génital peuvent atteindre la vessie (chez les femmes surtout) et les reins. Dans 8 % des cas, Müller a noté de la néphrite et de l'albuminurie. Ces lésions provoquent rarement la mort (3 à 5 %), et, dans le cas contraire, leur pronostic est moins sérieux que pour la néphrite scarlatineuse, par exemple.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Algérie livrée au braconnage médical.

Ce fut un *tollé* général, dernièrement, quand on apprit les encouragements donnés aux instituteurs d'Algérie pour la pratique de l'exercice illégal de la médecine.

Eh bien ! l'Administration algérienne ne trouve pas que cela soit suffisant. Il y a en France de jeunes médecins qui ne savent où se caser, et il y a, au budget de l'Algérie, d'après M. le Dr Trolard, des crédits pour permettre d'augmenter le personnel médical. Malgré cela, voici les expédients auxquels on va avoir recours *pour empêcher que là-bas la médecine soit pratiquée par les médecins.*

Nous lisons d'abord dans un journal algérien :

AUXILIAIRES MÉDICAUX INDIGÈNES.

Un concours sera ouvert, le jeudi 20 octobre prochain, au chef-lieu de chaque département, pour l'admission de jeunes indigènes à des études de médecine et de pharmacie, dont l'organisation vient d'être décidée par M. le Gouverneur général, en vue de former des auxiliaires médicaux indigènes chargés d'exercer la médecine usuelle dans les douars, sous la direction et le contrôle des médecins de colonisation. La durée des études sera de deux ans. Pendant ce temps, les étudiants seront entretenus sur le budget des œuvres indigènes et placés sous la surveillance du Directeur de la Médersa d'Alger.

Les anciens élèves des écoles d'indigènes sont admis à s'inscrire à condition de présenter les pièces suivantes :

1° Une demande d'admission aux études destinées à former des auxiliaires médicaux indigènes sur laquelle ils indiqueront avec soin le nom, la profession, et le domicile de leur père, ainsi que l'école dans laquelle ils ont fait leurs études (sur papier timbré).

2° Un extrait ou bulletin de naissance constatant qu'ils sont âgés de 19 ans au moins et de 24 ans au plus.

3° Leur certificat d'études primaires ou la copie de ce certificat.

4° Un certificat de bonnes vies et mœurs délivrés par le maire ou l'administrateur de leur commune.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant à l'Inspection académique de chaque département.

M. l'Inspecteur d'académie fera connaître aux candidats, sur leur demande, les conditions du concours et les épreuves qu'il comporte.

Le médecin qui nous a fait tenir l'entrefilet ci-dessus, y joint la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Je tiens à vous faire admirer une perle extraite du Gouvernement général. Inutile, n'est-ce pas, de vous dire que c'est encore le médecin qui est destiné à payer les pots cassés. L'Administration avait organisé l'exercice illégal de la médecine grâce à ses instituteurs. Elle ne s'arrête plus en si bon chemin. Je vous adresse ci-inclus l'arrêté nouveau du Gouverneur. Maintenant on va chercher des Arabes plus ou moins mal dégrossis (plutôt plus mal que bien) et on veut leur confier le soin de détruire à la fois le médecin et les malades.

Dans la formation de ces fonctionnaires bizarres je vois plusieurs points à examiner :

1° D'abord, il faut se rendre compte de la situation du médecin français et de l'état d'esprit de l'Arabe.

2° Il faudrait savoir ce que peut bien être la « Médecine usuelle ».

3° Les résultats pratiques que cette décision produira pour les indigènes.

4° Ceux qu'elle produira à l'égard des médecins français.

5° L'illégalité de la décision.

En France, on ne connaît de l'Arabe que quelques caïds qui savent manger avec des fourchettes et ne pas se mettre les doigts dans le nez. Il y en a même qui paraissent de vrais gentlemen, mais il faut les voir de retour chez eux. J'en connais assez, j'ai même connu des officiers indigènes sortis de Saint-Cyr ; ces enfants de Mohamed, une fois renfermés dans leur bordj ou atteints par leur retraite, vivent l'existence de n'importe quel fellah ; vivant sur des nattes par terre pour ne pas déranger le lit de parade et arrachant avec leurs ongles la viande qui tient aux os.

Enfin tout Arabe possédant la moindre parcelle d'autorité s'en sert pour « faire suer le burnous », suivant l'expression du pays. Le fond de l'Arabe est resté intact malgré toutes les modifications de surface.

Quant aux médecins de campagne en Algérie, ils sont généralement seuls dans un rayon considérable, éloignés de leurs confrères par des distances de 30 à 40 kilomètres et souvent plus. Une commune d'environ 10.000 habitants contient six à huit cents Européens ; il y a des communes de 25 à 30.000 habitants qui n'en contiennent pas plus, et ne sont pas rares ; ces communes ont une superficie énorme, nous devons souvent faire des courses de 30 à 50 ou 60 kilomètres pour aller, autant pour revenir.

L'indigène qui a toujours et quand même confiance en ses marabouts et sorciers d'espèces variées vient peu nous voir ; il n'y a que ceux qui habitent les fermes européennes ou tout près. Ceux-là voient venir le médecin français dans la ferme et s'habituent à s'en servir. C'est notre principale clientèle, celle précisément qu'on cherche à nous faire enlever par les médecins de fantaisie qu'on veut créer. Que pourront valoir ces nouveaux confrères de la main gauche et quel sera leur travail ? Leur travail : la « Médecine usuelle » dans les douars, nous dit le Gouvernement. Je voudrais que vous m'éclairiez sur ce point. Je sais bien où commence la médecine usuelle, mais je ne sais pas où elle s'arrête. Je vois tous les jours des typhoïdes, des grippes dont le diagnostic différentiel est très délicat des pneumonies, etc., etc... Ce doit être de la « Médecine usuelle » puisque cela se voit tous les jours ! Or nos étudiants, dont la race, depuis des générations, travaille du cerveau ; qui eux-mêmes, pendant 13 ou 14 ans, se sont livrés à des études variées dans les lycées, études qui les ont préparés à la médecine, nos étudiants, dis-je, sont incapables de discuter un diagnostic au bout de deux ans d'études ; comment voulez-vous que ces sauvages qu'on bourre de mots français pendant trois ans dans une Medersa, qui arrivent à parler notre langue comme les perroquets, sans en sentir le génie, comment, dis-je, voulez-vous qu'ils puissent arriver, en deux ans, non seulement à poser un diagnostic juste, mais encore à savoir juger la valeur thérapeutique des médicaments et la façon de les employer ? A peine arriveront-ils à connaître des mots attrapés au vol.

On leur fera soigner des fièvres de pays et faire des pansements d'urgence, répondront les partisans de cette innovation grotesque ? Mais comment ces gens-là reconnaîtront-ils des fièvres de pays avec celles de la grippe, de la pneumonie, de la typhoïde, etc ?.....

Or, on leur donnera une pharmacie d'urgence qui sera prétendue gratuite, mais il ne faudrait pas connaître l'Arabe pour ne pas savoir quelle sera une source précieuse de revenus pour celui qui sera chargé de s'en servir. Il arrivera que, par suite de l'estampille officielle et du fanatisme indigène, ces rebouteux inspireront aux Arabes beaucoup plus de confiance que nous ; ils feront à eux seuls la clientèle des douars et il ne nous restera que les quelques Européens répandus sur des étendues énormes. L'indigène, ne pouvant faire de la médecine qu'il ne connaîtra pas, fera de la sorcellerie comme tous les marabouts qui sont déjà nos adversaires et comme il aura peur de notre contrôle (???) il sera notre ennemi acharné. Le mot d'ordre de ces nouveaux venus sera : « Guerre au médecin Roumi. »

Ce que je trouve par exemple d'une ironie trop violente, c'est de nous charger de surveiller et contrôler ces gaillards-là. L'Arabe pourra être volé ou estropié, jamais il ne se plaindra de son coreligionnaire ; il sera le premier à brouiller les enquêtes. De sorte que non seulement on nous enlève la clientèle, mais on cherche à nous ridiculiser.

Enfin cette décision est illégale. Il a fallu un vote du Parlement pour supprimer l'Officiat de Santé. Une mesure comme celle qui vient d'être prise est de même nature avec cette différence qu'elle est beaucoup plus grave. Pourquoi ne pas créer des corps de troupes nouveaux, des administrations nouvelles, rétablir l'officiat de santé aboli ? Où le Gouverneur est monarque absolu et il peut tout cela. ou il ne l'est pas et il ne peut rien.

Comme toujours, on tire à boulets rouges sur le médecin, ce repu qui sommeille sur les monceaux d'or acquis dans le sang de la pauvre humanité souffrante.

Il est temps, n'est-ce pas, de se révolter contre les fortunes insolentes que ramassent tous ces médecins de colonisation.. ..... qui, sans leur retraite, iraient mourir de faim dans un coin, après 25 ans d'un labeur éreintant et si délicat.

Je vous soumets, mon cher confrère, cet exposé de situation : Je fais bien partie du Syndicat du département de Constantine. mais les 3/4 et demi des membres sont fonctionnaires et personne n'ose parler dans cette assemblée.

Pardonnez-moi, de vous retenir si longtemps et veuillez, cher confrère, agréer, avec ma sincère gratitude pour l'énergie avec laquelle vous soutenez les intérêts professionnels, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr X.

Les vrais abus en matière d'assistance médicale gratuite.

Mémoire adressé, par le corps médical du Calvados, à M. le Préfet du Calvados et à MM. les Membres du Conseil général, à propos de l'assistance médicale gratuite.

Monsieur le Préfet du Calvados,

Messieurs les Membres du Conseil général,

Le Corps Médical du Calvados a été péniblement ému des discussions qui se sont élevées dans le Conseil général, au sujet de l'Assistance médicale des indigents.

En 1897, tous les Médecins *qui consentaient* à accepter le règlement faisaient partie du service à droits égaux. Grâce à eux, l'Assistance médicale des indigents fonctionna ; ils en furent, on peut le dire, la cheville ouvrière.

D'après le règlement adopté le 17 août 1897 : « Tous les Médecins adhérents au règlement sont « appelés à donner des soins aux malades inscrits « sur les listes d'assistance. Les Médecins sont « appelés, par les malades, au choix de ces der- « niers. »

Or, le 13 avril 1904, M. le Préfet du Calvados constatait que les dépenses de l'A. M. G. étaient en augmentation de 42.000 francs, pour l'année 1903, sur la précédente, et que cette augmentation était due non seulement à l'application intégrale de la loi du 15 juillet 1893, mais aussi : « au nombre exagéré de visites faites par certains médecins. »

Voilà la phrase par laquelle le Corps médical est nettement accusé d'avoir grevé le budget départemental. Les finances étaient en danger : une Commission fut nommée dans le Conseil général pour étudier le remède. Alors la Commission, par l'organe de son rapporteur, l'honorable M. Chéron, retomba sur le Corps médical, toujours taillable et corvéable à merci.

« Estimant que les notions d'humanité les plus larges ne doivent pas faire perdre de vue le « contrôle administratif, qui est la garantie même de tout progrès démocratique », la Commission a voulu immédiatement dresser une barrière contre le danger médical.

Comme nous le disions, au début de ce travail, le Corps médical du Calvados s'est ému ; il a été péniblement impressionné de cette suspicion jetée sur lui. Il a été péniblement surpris que la Commission n'ait pas même songé à chercher amicalement avec lui un terrain d'entente. Personne n'était le représentant autorisé des Médecins du Département devant elle. Un de ses Membres, l'honorable comte Foy, a demandé que le Corps médical fût consulté : sa parole n'a pas eu d'écho ; aucune voix, cela est pénible à constater, ne l'a appuyée.

Dans l'esprit de la Commission et de son honorable rapporteur, il était inutile de consulter les médecins ; il n'y avait qu'à faire un nouveau règlement, à le leur présenter en leur disant : « voilà le service que nous vous demandons, voulez vous accepter, oui ou non ? »

Elle a alors décidé que : « le remède consistait dans la division du département en circonscriptions desservies par des médecins nommés par M. le Préfet, recevant un traitement fixe et chargés d'assurer, moyennant ce traitement à forfait, le service de l'A. M. G. dans les circonscriptions ».

Telle est la base et l'esprit de la circulaire préfectorale du 24 septembre dernier. Avant d'y répondre, nous avons cherché à nous rendre compte de l'exactitude des considérants qui ont été invoqués. « Il y a, dit le rapporteur, un nombre exagéré de visites faites par certains praticiens. »

Nous savons que la Commission de révision a constaté le fait et que *trois* mémoires ont dû subir des réductions. Mais alors, pourquoi faire retomber la responsabilité de ces rares abus sur le Corps médical de l'A. M. G. tout entier et vouloir briser ainsi, *à priori*, le contrat de 1897 ? Les coupables ne se sont-ils pas donné comme pénitence l'acceptation immédiate de l'abonnement?

M. Chéron estime que le prix moyen du traitement de chaque malade revient à 21 ou 22 francs et qu'il a continuellement augmenté depuis 1896 jusqu'en 1904.

Il est facile, rien qu'avec les chiffres qu'il inscrit dans son rapport, de prouver le contraire. Si, en effet en 1895, le nombre des malades secourus est de 642 ; si la dépense a été de 36.301 fr. 55, c'est-à-dire de 56 fr. 07 par malade ; en 1903, le nombre des secourus a été de 6.553, la dépense est montée à 195.453 fr. 32, ce qui donne 29 fr. 75 par malade ; tout compris, médecine et pharmacie.

Il y a déjà là une erreur à relever, c'est que le nombre des malades secourus est encore plus élevé que les chiffres ne l'indiquent, car dans beaucoup de localités, les maires ne donnent qu'une feuille de maladie pour trois ou quatre personnes d'une même famille.

Un grand nombre de nos collègues ont calculé ce qu'ils avaient touché en moyenne, par malade : la somme varie de 7 fr. 50 à 8 fr. 50, la différence est attribuable aux frais pharmaceutiques.

Il y a donc un trop grand nombre de malades secourus par l'A. M. G. En effet, il est une cause de l'augmentation des dépenses qui semble avoir complètement échappé à MM. les membres de la Commission et à leur rapporteur, c'est le nombre exagéré des inscrits sur les listes d'assistance médicale, par les maires d'un grand nombre de communes.

Voilà la grande cause de l'augmentation des dépenses en 1903 ; et il vient naturellement à l'esprit de rappeler que cette année 1903 précédait celle où nous vivons, et où ont eu lieu les élections municipales.

Voulez-vous quelques exemples ?

Dans certaines communes, on a vu figurer sur les listes d'assistance des familles possédant maison, jardin, vache et dont les chefs gagnaient cinq francs par jour. Une commune de mille à douze cents habitants a vu ses dépenses d'assistance s'élever à près de 4.000 francs, les cabarets y abondent d'ailleurs.

Un maire nous disait récemment : « J'inscris à l'Assistance tous ceux qui le demandent, pour ne pas faire de jaloux ».

La commune de X... a 394 habitants, 264 sont inscrits à l'A. M. G. Dans une autre, le secrétaire de la mairie, qui est aubergiste, disait à un ouvrier atteint d'un panaris : « Nous allons boire un verre ensemble et je vais te donner un billet d'assistance. » Nous pourrions rapporter beaucoup d'autres faits du même genre.

Il serait donc nécessaire, avant tout, de veiller à une juste sincérité dans l'établissement des listes d'assistance. Il faudrait que les Médecins du service fussent régulièrement convoqués par les Maires pour l'établissement de ces listes. Il faudrait qu'au commencement de chaque année, les listes fussent notifiées aux médecins et que si, dans l'année, il y avait des modifications, elles fussent aussi régulièrement signalées aux intéressés. Il faudrait aussi que MM. les Maires ne puissent faire d'addition, sauf les cas d'*extrême urgence*, et qu'ils ne délivrassent pas à tout demandant des bulletins de consultation.

Pour la consultation, nous avons consenti en 1897 à sa gratuité ; aujourd'hui, nous préférons encore la gratuité, mais nous demandons qu'elle ne soit donnée qu'à des assistés régulièrement

inscrits, car si nous faisons la consultation gratuite, l'ordonnance que nous délivrons ne donnera pas le droit à la gratuité des médicaments pour le service de l'A. M. G.

Voyons maintenant pourquoi nous ne pouvons accepter *ni l'abonnement* proposé par la circulaire du 24 septembre, *ni le forfait par malade* proposé par la circulaire du 7 octobre.

Dans les deux systèmes, nous trouvons les mêmes inconvénients ; aucun ne tient compte de l'importance plus ou moins grande du travail accompli.

Dans une année, un médecin de l'A. M G. ne va donner ses soins qu'à un petit nombre de malades; les maladies soignées ne demanderont que trois ou quatre visites. L'année suivante, éclatent des maladies épidémiques, contagieuses ; un hiver rigoureux a multiplié les affections des voies respiratoires, des blessés nécessitent de nombreux pansements, des appareils de surveillance délicate. Le médecin aura donc beaucoup plus fatigué, usé, ses chevaux et ses voitures, et vous lui accordez le même salaire ! Il y a là une injustice évidente, car tout salaire doit être proportionné au travail accompli. Voilà pourquoi *le forfait sous toutes ses formes appliqué à l'A. M. G. est inadmissible*.

N'y-a-t-il pas à craindre que, devant l'uniformité de salaire, quel que soit le travail, quelques-uns ne cherchent à diminuer la quantité du travail ?

L'objection s'exprime en d'autres termes par la plume de M. le Rapporteur, et elle n'est pas flatteuse pour le Corps médical. « Dira-t-on, écrit-« il, que l'assistance aux malades, qui est le vœu « de la loi de 1893, pourra souffrir, dans certains « cas, de la négligence des médecins qui, recevant « un traitement fixe, seront moins portés à faire « les visites nécessaires. » Huit lignes d'éloges du dévouement médical essaient bien de tempérer l'effet de cette phrase. Mais aussitôt la pensée première l'emporte : « Au surplus, reprend-il, « pour juger l'objection que nous faisions tout à « l'heure, il suffit de dire que, si des négligences « étaient commises dans le service, les malades, « qui sont les véritables intéressés, sauraient « bien les signaler à l'Administration ; la loi a « établi pour eux un droit, ils ne manqueront « pas de savoir le défendre ».

Voilà donc les médecins de l'A. M. G. bien avertis et sur un ton suffisamment comminatoire. M. le Rapporteur ne dit pas où sera le contrôle et qui en sera chargé ? Ce seront les malades eux-mêmes, et leur entourage sans doute, peut-être même MM. les Maires, Gardes-champêtres, Instituteurs, qui seront juges de l'opportunité des visites de jour et de nuit, et de la correction des soins donnés. Voilà les médecins de l'abonnement ou du forfait, surveillés et dénoncés. Jamais les assistés ne se trouveront assez visités, jamais les médecins n'arriveront assez vite auprès d'eux ; s'ils guérissent incomplètement ou s'ils succombent à la maladie, des médecins seront accusés de négligence, et l'Administration qui les aura nommés (« tout en rendant hommage à leur compétence de praticiens ») leur infligera blâmes et révocations « pour défendre le droit imprescriptible des malades ».

Il y a encore deux conséquences de l'abonnement et du forfait. La première est *l'augmentation des frais de pharmacie*. Le nombre des visites étant illimité et chaque visite produisant une ordonnance (car les malades réclameront si on lésine sur les médicaments), fatalement les frais de pharmacie augmenteront, tout comme par l'abus des consultations.

En second lieu, il est facile de prévoir que l'*abonnement* ou le *forfait* augmenteront les frais de traitement par hospitalisation. Un malade ou un blessé nécessiteront un long traitement, les médecins du service feront alors tout le possible pour les adresser aux hôpitaux d'arrondissement parce que ces malades ou blessés chargeront trop leur service. Et déjà beaucoup font remarquer, aujourd'hui, que les malades envoyés aux hôpitaux y font souvent un séjour trop prolongé, ce qui grève le budget de l'Assistance.

Le Corps médical du Calvados ne peut accepter des circonscriptions dont les Médecins seraient nommés par M. le Préfet. De 1897 à 1904, tous les Médecins du Service de l'Assistance ont rempli régulièrement les fonctions qu'ils s'étaient engagés à remplir en adhérant au règlement ; aujourd'hui, le Conseil général ne tient aucun compte des services rendus ! En quoi ont-ils démérité pour être ainsi congédiés comme de mauvais employés ? Le Service de l'A. M. G. ne doit-il pas être équitablement partagé entre tous ceux qui ont adhéré au règlement ? N'ont-ils pas tous les mêmes droits ? Ne sont-il pas tous bons praticiens, contribuables et patentés ?

N'y a-t-il pas à craindre que dans le choix fait par une Administration, quelle qu'elle soit, il soit tenu compte de considérations extra-médicales et que l'indépendance du praticien ne soit pas toujours respectée ?

La circulaire du 24 septembre menaçait la liberté du choix du médecin par le malade. Celle du 7 octobre renonce à cette idée et nous l'approuvons pleinement. Le droit du malade est imprescriptible. La loi le reconnaît pour le mutualiste ou l'assuré. Que, dans une circonscription, il existe trois médecins, dont un seul soit muni du titre officiel de médecin de l'A. M. G. ; peut-on forcer les malades, parce que ce sont des assistés, à recevoir les soins d'un médecin contre lequel ils peuvent avoir de l'aversion ? Ce serait une mesure au plus haut point antidémocratique !

C'est après avoir mûrement discuté et pesé toutes les objections que nous avons l'honneur de représenter aujourd'hui à M. Préfet du Calvados et à MM. les Membres du Conseil général, que le Corps médical a déclaré :

1° Ne pouvoir adhérer au système de l'abonnement et des circonscriptions (circulaire du 24 septembre 1904).

2° Ne pouvoir adhérer au système du forfait par malade (circulaire du 7 octobre 1904).

3° Demander le maintien du système à la visite, en vigueur depuis 1897, en insistant sur l'utilité d'une réglementation plus juste de la formation des listes d'assistance — sur la nécessité de réprimer l'abus des consultations — et en s'engageant à limiter dans la mesure d'une bonne pratique médicale le nombre des visites et les dépenses de médicaments.

Le Corps médical demande encore qu'une Commission de deux Médecins par arrondissement soit mise en relation avec la Commission de l'Assistance médicale du Conseil général.

Qu'il nous soit permis d'ajouter, en terminant,

une observation sur ce qui, dans la dernière page du rapport de M. Chéron, a trait à la vaccination obligatoire. C'est un travail nouveau dont l'économie n'est pas encore spécifiée et que la loi charge les Conseils généraux de régler. Tout le monde doit être soumis à la vaccination et à la revaccination. La Commission ne dit pas que les honoraires pour ce service nouveau seront ajoutés à ceux de l'A. M. G. « C'est moyennant le traitement qui leur a été alloué, dit le rapport, « que les Médecins devront assurer le service de la « vaccine. »

Nous demandons simplement que cette question soit traitée en dehors de celle de l'Assistance médicale gratuite.

Caen, le 13 octobre 1904.

Les Délégués du Corps Médical du Calvados présents:

Dr Barette.	Dr Rachet.	Dr Wollenweber.
Dr Duvivier.	Dr Prévost.	Dr Davy.
Dr Parat.	Dr Chevillot.	Dr Chodorowsky.

N.D.L.R. — Nous attirons, sur les lignes de ce mémoire qui sont mises en italiques, l'attention de tous ceux qui, dans les ministères ou au Parlement, rédigent des rapports sur l'application de la loi de 1893. L'abus médical, quand il se produit, est vraiment sans importance et facile à contrôler et à supprimer : l'abus municipal, électoral, et politique est au contraire la plaie, l'ulcère permanent, mais c'est à peine si on veut le voir et le toucher.

On trouve plus simple de traiter le mal par la chasse au médecin, mais la plaisanterie a trop duré, et de tous côtés les médecins sont décidés à ne plus l'admettre.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de l'arrondissement de Sens

Sens, 18 octobre 1904.

Monsieur et honoré confrère,

Je crois utile de vous soumettre les éléments d'un différend qui a existé, ces temps derniers, entre le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Sens, et l'inspecteur départemental de l'Assistance publique de l'Yonne.

La question est, en effet, ou sera incessamment d'ordre général.

Il s'agit des «consultations de nourrissons» qui sont, en ce moment, en voie d'organisation dans un certain nombre de départements. La question qui se pose, ou qui du moins se posa chez nous est celle-ci :

Devons-nous admettre à ces consultations de nourrissons (à jour et heure fixés à l'avance, en dehors du domicile du médecin, et sous l'égide de l'administration) *d'autres enfants que ceux qui sont soumis, par la loi, à la surveillance de l'administration ?*

Notre syndicat a pensé que non. Au demeurant, je vous envoie toutes les pièces du procès :

I. Un exemplaire de la circulaire du préfet de l'Yonne, prescrivant l'organisation des consultations de nourrissons (pièce cotée 1). (Dans cette pièce, comme dans les suivantes, les passages les plus importants sont soulignés au crayon rouge).

II. Une lettre adressée par le Syndicat de Sens au cours de sa réunion générale du 11 février 1904, pendant laquelle les instructions préfectorales avaient été discutées (pièce 2).

III. Il ne fut pas répondu à cette lettre, ou plutôt il n'y fut répondu qu'*indirectement* par l'inspecteur départemental dans son rapport *au conseil général* sur l'organisation des consultations de nourrissons: je vous envoie ce rapport (pièce 3).

IV. Ce rapport fut l'objet d'une discussion au cours d'une réunion extraordinaire de notre Syndicat en juillet dernier. Il y fut décidé qu'une lettre collective serait adressée au conseil général lors de sa session d'août. Je vous adresse cette lettre (coté 4).

V. Une lettre explicative du président de notre Syndicat accompagnait la précédente, je vous l'envoie également (pièce cotée 5).

Résultat actuel : nous n'avons pas reçu de réponse du conseil général.

Aucun membre de notre Syndicat ne reçoit, à notre connaissance, d'enfants non surveillés aux consultations de nourrissons.

Je vous envoie également un exemplaire de notre tarif (pièce 6). Vous remarquerez : 1° qu'il est très restreint quant aux cas prévus, nous avons reconnu que c'était le seul moyen pour qu'il fût très précis et rigoureusement appliqué (ce qui a lieu); 2° qu'il est local ; il ne s'applique qu'aux médecins de Sens, et non de tout l'arrondissement ; nous avons également reconnu après de nombreuses discussions qu'il nous serait difficile de faire observer un tarif général. *Les médecins de notre arrondissement se sont donc réunis par groupes, déterminés par les nécessités géographiques*, et ont élaboré un tarif local qui tient compte des habitudes locales, mais qui, une fois approuvé et signé par les médecins intéressés, est appliqué *sous le contrôle du conseil d'administration du syndicat.*

Enfin je vous fais également parvenir une feuille de recouvrement (pièce 7), qui vous démontrera que nous avons substitué, dans la mesure du possible, l'action syndicale à l'action purement individuelle, *pour la récupération des honoraires difficultueux.* Nous ignorons encore les résultats que nous donnera cette méthode récente.

Je me permets de vous soumettre toutes ces petites manifestions d'activité syndicale, persuadé que vous ne sauriez y rester indifférent.

Je vous prie d'agréer, Monsieur et honoré confrère, avec mes remerciements pour le temps que vous voudrez bien nous consacrer, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le secrétaire du syndicat,

L. Dodet.

P. S. *Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me retourner les pièces 1 et 3, ce sont les seules que nous n'ayons pas en double aux archives.*

REPORTAGE MEDICAL

L'extension du domaine de la loi accidents. — La Chambre des Députés a déjà voté l'extension de la loi accidents aux employés de commerce. Nous faisions prévoir l'application prochaine aux ouvriers agricoles. Ci-dessous un petit arrêté ministériel qui confirme notre assertion,

« Le ministre du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes,

Vu l'arrêté de ce jour instituant au ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes une commission chargée d'étudier les conditions dans lesquelles la loi du 9 avril 1898, concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, pourra être étendue aux exploitations agricoles ;

Vu la lettre du ministre de l'agriculture en date du 22 octobre ;

Sur la proposition du directeur de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Arrête :

Art. 1er. — Sont nommés membres de ladite commission :

MM.

Louis Ricard, président du comité consultatif des assurances contre les accidents du travail, président ;

Milliès-Lacroix, sénateur ;

Clémentel, député ;

Mirman, député ;

Georges Paulet, directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales ;

Vassilière, directeur de l'agriculture ;

Randoingt, inspecteur général de l'agriculture ;

Lyon-Caen, membre de l'Institut, professeur à la faculté de droit de Paris.

Art. 2. — M. Rossy (Gaston-Eugène), commissaire-contrôleur des sociétés d'assurances contre les accidents du travail, est nommé secrétaire de la commission.

Paris, le 25 octobre 1904.

GEORGES TROUILLOT. »

Banquet Thièry. — Un groupe d'élèves, d'anciens élèves et d'amis du Dr Thièry, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, a l'intention de fêter par un banquet sa nomination dans la Légion d'honneur. Ce banquet aura lieu le mardi 15 novembre, à 7 h. 1/2 du soir au restaurant Marguery. Les adhésions sont reçues dès maintenant : 1° à l'hôpital Saint-Antoine, service de la consultation de chirurgie de 9 heures à midi ; 2° chez le Dr Podevin, 7, rue Durban, XVIe, téléphone 683,14. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs, et sera perçu à l'entrée.

Faculté et Hôpitaux.

— Le professeur Budin reprendra ses cours de clinique d'accouchement et de gynécologie le mardi 15 novembre 1904, à 9 h, à la clinique Tarnier, 10, rue d'Assas et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— Le professeur de Lapersonne commencera ses cours de clinique opthalmalogique, le jeudi 3 novembre 1904, à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Dupuytren).

— Le professeur Joffroy commencera son cours de clinique des maladies mentales, le mercredi 16 novembre à 10 h. du matin, à l'amphithéâtre de l'asile Sainte-Anne et le continuera les samedis et mercredis suivants.

— Le professeur Dieulafoy a commencé son enseignement clinique à l'Hôtel-Dieu. Il reprendra ses leçons à l'amphithéâtre Trousseau le samedi 19 novembre 1904 à 10 h. 1/2 et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

— Le professeur Richet commencera son cours de physiologie le jeudi 10 novembre à 5 h. grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— Le professeur Déjerine commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 10 novembre 1904, à 6 h., petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Histoire de la physiologie et ses rapports avec la médecine depuis les temps anciens.

— Le professeur Paul Reclus commencera son cours de médecine opératoire le lundi 7 novembre 1904 à 5 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Objet du cours : Chirurgie d'urgence et chirurgie journalière.

— Le professeur Roger commencera son cours de pathologie expérimentale et comparée, le mercredi 16 novembre 1904, à 5 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Objet du cours : Les microbes pathogènes.

— Le professeur Lannelongue commencera son cours de Pathologie générale chirurgicale, le lundi 7 novembre 1904 à 3 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— Le professeur Gilbert commencera son cours de thérapeutique le jeudi 10 novembre à 5 h. de l'après-midi, au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— Le professeur Gabriel Pouchet commencera son cours de pharmacologie le mardi 8 novembre 1904 à 4 h. à l'amphithéâtre de pharmacologie et le continuera les jeudis samedis et mardis suivants à la même heure. Mardis et jeudis : leçons théoriques. Jeudi : conférences pratiques et interrogations. Examen pratique, reconnaissance et détermination des drogues simples et composées. Art de formuler.

— M. H. Morestin, agrégé, commencera ses conférences de pathologie externe le 3 novembre 1904 à 5 h., au grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— M. le Dr Castex, chargé de cours assisté de MM. Collinet, Rabé et Denis, reprendra ses leçons d'oto-rhinolaryngologie à l'amphithéâtre Cruveilhier, à l'Ecole pratique de la Faculté, le mardi 8 novembre 1904 à 3 h.

1° Les mardis et jeudis, M. Castex : Présentation de malades.

2° Les lundis, mercredis et samedis, MM. Collinet, Rabé et Denis : Conférences d'oto-rhinolaryngologie.

3° Les leçons se termineront par des démonstrations de médecine opératoire.

Des exercices pratiques auront lieu toute l'année sans interruption. Examen et traitement des malades par les élèves tous les jeudis de 3 h. à 5 h. Droits de laboratoire pour chaque série : 50 francs.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. JAMIN, de Mayenne (Mayenne), BALCZ, de Beuzeville (Eure), MAGNEZ, d'Ervillers (Pas-de-Calais), VIARD, de Chatillon-sur-Seine (Côte-d'Or), TRINQUIER, d'Arles (Bouches-du-Rhône), BATTANDIER, de Marennes (Charente-Inférieure), REYNE, de Boltène (Vaucluse) et LARTISIEN, de Denain (Nord), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 46 12 NOVEMBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY.

SOMMAIRE

LE SOU MÉDICAL EN 1904

Séance du Conseil d'administration du 20 octobre 1904.

PRÉPARATOIRE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.

Sous la présidence du Dr Maurat sont présents : MM. les docteurs Gassot père, Gassot fils, Jeanne, de Grissac, Beauxis-Lagrave, Deschesnais, Diverneresse, et M. Gatineau.

La séance est ouverte à 3 heures.

Le Conseil prononce les admissions suivantes :

517 Dr Genevois, à Paris, 21, rue Béranger.
518 Dr Marcel Meunier, à Sully-sur Loire (Loiret).
520 Dr Perrineau, à Rambouillet (S.-et-O.)
526 Dr Caudron, à Paris, 39, bvard St-Martin.

Le Dr Diverneresse entretient le Conseil d'administration de certaines modifications nécessaires à introduire dans l'art. IV de la loi sur les accidents du travail, de façon à éviter que la note due au médecin, pour ses soins, soit payée par le patron entre les mains de l'ouvrier qui, souvent, simple chemineau, disparaît sans avoir payé. Après discussion, la rédaction suivante est proposée : *Le chef d'entreprise supportera en outre les frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires (ces derniers fixés au maximum de 100 fr.), dont il est directement comptable vis-à-vis du médecin, du pharmacien et des créanciers des frais funéraires.*

Quelle doit être la conduite à tenir par le médecin invité par son client à lui fournir une note détaillée de ses honoraires ? L'avis général est que, dans ces cas, qui, dans la pratique sont une exception, le médecin ne doit pas refuser de donner le détail demandé. En cas de refus, il s'exposerait à subir un échec s'il portait sa réclamation d'honoraires devant la Justice.

Le Dr Diverneresse expose le fait suivant : Un employé de la Compagnie du Gaz parisien se blesse à la main ; il perd du sang en abondance, arrive chez le médecin pour se faire soigner ; du sang est répandu en grande quantité sur le tapis qui est fort endommagé, ainsi qu'un fauteuil.

Le médecin doit-il supporter le préjudice causé ? doit-il réclamer une réparation de ce préjudice ? à qui doit-il s'adresser, pour obtenir satisfaction ? Le conseil estime, après avis de son avocat, qu'un dommage ayant été causé, il est dû au docteur une indemnité ; que le médecin devra adresser une réclamation en ce sens non pas à l'ouvrier qui a causé ce dommage, mais à son patron ; il est décidé que cette affaire, en cas de résistance du patron, en l'espèce la compagnie du Gaz sera portée devant la Justice de paix et soutenue par le « Sou médical ».

Le Dr L..., appelé en témoignage dans une affaire d'avortement, est violemment pris à partie, au cours de l'audience, par le procureur général et le président des assises, qui essaient, par menaces et insinuations injurieuses et diffamatoires, d'obtenir de ce médecin la violation du secret professionnel.

Un rapport détaillé est nécessaire ; il devra contenir le compte rendu du procès et au besoin les déclarations des témoins ayant assisté à la scène dont se plaint le Dr. Tous ces documents seront ensuite adressés au Ministère de la Justice, de façon à montrer de quelle manière certains magistrats entendent le respect des personnes, cherchant par des procédés d'intimidation à leur faire violer la loi. Ne sont-ils pas placés au prétoire dans un autre but que celui-là ? La torture a été supprimée de nos codes, la question a été abolie et c'est une véritable *question*, une véritable *tor-*

ture morale qu'on a fait subir à un témoin pour lui faire trahir le secret confié à son honneur professionnel. Le Conseil décide à l'unanimité de donner à cette affaire toute l'ampleur qu'elle comporte au point de vue de la défense des droits des médecins

Une polémique de presse intervenant, notre confrère aurait été l'objet d'insinuations diffamatoires. Les poursuites en dommages et intérêts seraient-elles possibles ? Le journal en question, demande Me Gatineau, a-t-il, comme il l'annonçait dans un 1er article, publié le compte rendu de l'audience de la Cour d'assises ? Alors seulement, il sera possible de se prononcer sur la possibilité d'un procès.

Le Conseil décide qu'il aiderait alors notre confrère dans cette éventualité.

Le Dr A., de C..., est menacé de poursuites pour avoir appliqué sur une jambe variqueuse une solution de formol à 2 % qui aurait, prétend-on, causé des accidents.

La Société soutiendra le confrère et le Conseil décide que le « Sou » participera au payement des frais de justice et des honoraires de l'avocat, se réservant de fixer le quantum de cette participation quand l'affaire sera introduite.

Dr L..., de La T...— Il avait été décidé que l'avocat du « Sou » irait devant la Cour de Bordeaux plaider cette affaire perdue en première instance. Réflexion faite, le Conseil a jugé que l'avocat distingué qui a plaidé l'affaire une première fois était tout désigné pour la soutenir en appel ; le dossier a donc été envoyé en temps utile à l'avoué.

Dr P., de C., Dans cette affaire les frais de justice et honoraires d'avocat s'élèvent à 1.141 fr. 40 ; la Société, tenant à sa promesse d'entrer pour la moitié dans les frais, le Secrétaire général va s'entendre à ce sujet avec le trésorier de la Société locale pour mettre à sa disposition la somme de 570 fr. 70, qui est votée dans ce but.

Dr P... de St.-G... réclame au Sou le paiement d'une note d'honoraires présentée par son huissier dans l'affaire soutenue par notre Société devant le tribunal de Versailles.

Avant de répondre à cet officier ministériel, le Dr P... devra se renseigner près de l'avoué, attendu que, par suite de la transaction faite devant l'arbitre, tous les frais ont été mis à la charge de son adversaire, et les avoués ont dû ou devront faire compte de ces frais.

Le Dr Gassot, trésorier, rappelle que les 14.000 francs, moyenne des cotisations annuelles du « Sou », sont chaque année entièrement dépensés ; il y a donc lieu, tant que les adhérents ne seront pas plus nombreux, de bien calculer le concours pécuniaire que notre Société peut apporter dans chaque affaire. Faire de la propagande pour le « Sou médical » est donc une obligation, chaque membre du « Sou » y est intéressé.

Dr S... à la G. — D'après les engagements pris par le Conseil dès le début de cette affaire, celui-ci laisse à la charge du Dr S. les honoraires de l'avocat et rejette la demande de ce confrère qui sollicite la participation de la caisse pour la moitié de ces frais. Cette décision est votée à la suite d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Gatineau, Maurat, Jeanne, Gassot et de Grissac.

Dr L... à P... contre la Cie la Z.— Le « Sou médical » soutiendra cette affaire, notre confrère étant cité devant le tribunal en appel d'un jugement de paix obtenu par notre intervention. Le jugement du juge de paix est fort intéressant et ses attendus sur le forfait et la médecine au rabais sont remarquables. Il sera publié en temps et lieu.

Dr D... à S.— Le Conseil municipal de S..., à l'aide d'un crédit inscrit depuis trente ans au budget primitif de la commune, a organisé un service médical pour tous les habitants moyennant un traitement fixe de 2.000 fr. pour le médecin. M. D... père a été longtemps chargé de ce service qu'il a passé ensuite à son fils.

Certains habitants ont incité le Conseil municipal à retirer ce service au Dr D... pour le donner à un autre médecin appelé dans le pays. L'affaire est en ce moment soumise au préfet avec une protestation sous forme de pétition d'un certain nombre d'habitants. Le Conseil décide qu'avant de donner un avis précis au Dr D... et de décider quelle sera l'attitude du « Sou Médical » dans ce cas, on attendra, en même temps que l'envoi de renseignements complémentaires, la décision qui aura été prise par la préfecture.

A cette occasion, le Dr Jeanne fait remarquer une fois de plus combien les médecins ont tort d'aliéner leur indépendance et de se lier par des contrats quels qu'ils soient. Le bureau, partageant sa manière de voir, propose qu'à la prochaine Assemblée générale la question de principe suivante soit portée à la connaissance de nos confrères :

« A l'avenir le « Sou Médical » refusera d'intervenir dans les conflits qui auront pour origine les engagements pris par un médecin vis-à-vis d'une société quelconque, engagement par lequel, sorte de fonctionnaire, il aura abdiqué tout ou partie de son indépendance professionnelle. »

Dr de F... de B.— Cette affaire mérite l'appui du « Sou Médical », car elle intéresse tous les médecins. Il s'agit de la façon cavalière dont certain huissier, abusant de sa situation, traite en maître le client, dans la circonstance, le Dr de F... qui lui avait confié le recouvrement d'honoraires.

L'huissier a procédé par intimidation, envoyant une sommation au confrère lui réclamant le paiement d'un compte dont il n'avait pas voulu fournir le détail et qui n'avait pas été taxé suivant l'usage.

Le Conseil décide que le confrère devra constituer avoué. Sur la proposition du président, une somme de 50 francs, honoraires de l'avocat du Dr de F..., sera mise à la dispostion de notre confrère qui devra, s'il obtient des dommages-intérêts, rembourser cette somme en tout ou partie, suivant l'importance de ce qu'il aura pu obtenir.

Dr D... à Les E.— Notre Société accorde à ce confrère son appui moral et ses conseils ; mais ne saurait à son grand regret, intervenir autrement.

Dr D... à P. (signalé plus haut par le Dr Diverneresse). — Un patron a payé directement à l'ouvrier, qui les a gardés, les honoraires dus au médecin. Le Dr D... demande s'il ne lui serait pas possible de poursuivre ce patron en responsabilité d'honoraires, ou bien doit-il porter au par-

quet une plainte contre l'ouvrier en abus de confiance.

Le Conseil émet l'avis de porter plainte au commissaire de police pour abus de confiance, en le priant de faire appeler l'ouvrier devant lui. Une plainte au parquet n'aurait lieu que si cette première démarche n'aboutissait pas. (Au moment de publier le présent rapport, notre confrère nous écrit que l'ouvrier, appelé devant le commissaire de police, a remboursé une partie de la somme due.)

A ce sujet, le bureau émet le vœu qu'une démarche sera faite auprès de M. le sénateur Treille, dont le bon concours nous est acquis, pour suivre au ministère et jusque dans les bureaux des administrations où elles restent enlizées sous la poussière des dossiers administratifs, les protestations qu'à diverses reprises nous avons adressées.

Notre avocat-conseil nous donne des renseignements sur les diverses affaires en cours : Dr P... contre G... appel ; Dr R. ; Dr S. ; Dr B. ; Dr P. ; Dr B. ; Drs R. et B. ; Dr V. ; etc.

En fin de séance, le président entretient le Conseil du projet élaboré d'un commun accord par : le Conseil de direction de la Société civile « Le Concours Médical », l'administration du journal « *Le Concours* » et le Conseil d'administration du « Sou Médical ». Ce projet a pour but d'assurer dans la mesure convenable la responsabilité civile des médecins.

Tout d'abord des recherches avaient été faites pour trouver une Cie d'assurance disposée à couvrir ce risque à des conditions acceptables. Mais, devant l'exagération des primes demandées, il a fallu chercher ailleurs et autre chose. La Société du « Sou Médical » pourrait-elle faire face à cette charge nouvelle de l'assurance de tous ses membres ? Cela est possible aux conditions suivantes : D'après les calculs et les statistiques, 4 fr. par an et par membre seraient suffisants pour obtenir ce résultat en limitant cette assurance au maximum de 2.000 fr. La grosse difficulté résiderait les premières années de l'absence d'un fonds de réserve suffisant. La Société civile du « Concours Médical » intervient alors en offrant au Sou la somme de 10.000 fr. prêtés pour constituer la réserve de garantie.

D'autre part, si les adhérents au « Sou » consentaient à porter la cotisation actuelle de 18 fr. à 20 fr., l'administration du journal verserait de son côté la somme de 2 fr. par membre du « Sou », de façon à parfaire la somme de 4 fr. nécessaire à la cotisation de la caisse en question.

La discussion est ouverte à ce sujet, à laquelle prennent part : MM. Gatineau, Maurat, de Grissac et Jeanne.

La proposition est acceptée ; le Dr de Grissac et Me Gatineau sont chargés de rédiger, pour être présenté à la prochaine Assemblée générale du « Sou Médical » qui aura lieu le 20 novembre prochain, le projet de modification aux statuts qu'entraînera la création d'une semblable organisation.

Le Conseil fait ensuite procéder au contrôle et à la vérification des comptes du trésorier.

Il entend et approuve le rapport annuel de celui-ci, ainsi que celui du secrétaire général, et décide qu'ils seront publiés l'un et l'autre avant l'Assemblée générale, en même temps que le compte rendu de la présente séance.

L'Assemblée générale est fixée au 20 novembre, 4 heures et demie du soir, dans les salons du restaurant Marguery.

L'ordre du jour est arrêté comme il suit :

Allocution du Président ;

Rapport des contrôleurs et approbation des comptes du trésorier ;

Organisation d'une caisse de protection contre la responsabilité civile ;

Modifications aux statuts ;

Questions diverses présentées par le rapport du secrétaire général ;

Renouvellement du Bureau.

L'Assemblée sera suivie du banquet commun au Concours médical et à ses Filiales, et dont la cotisation (à verser en entrant) est fixée à 10 fr.

L'ordre du jour de la réunion étant épuisé, la séance est levée à 7 heures.

Le secrétaire des séances,

Dr LE MENANT DES CHESNAYS.

Rapport du Trésorier.

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de 1903.

Au 31 décembre 1903, le « Sou Médical » comptait 855 membres ayant régulièrement versé leur cotisation.

Recettes.

Les *recettes* de nos dix premiers mois se sont élevées à 15.150 fr. 50, savoir :

Cotisations	14.839 20
Intérêts	124 40
Recouvrements	5 35
Dons	109 05
Divers	16 50
Remboursements d'avances	56 »
Total	15.150 50

Dépenses.

Les *dépenses* se sont élevées à un total de 11.123 fr. 63, savoir :

Matériel	60 »	1.461 30
Impressions	154 25	
Poste et transports divers	419 80	
Timbres quittances	56 10	
Recouvrements et rappels	225 55	
Frais de trésorerie	1 50	
Frais de bureau du trésorier	200 »»	
Frais de bureau du Secrétaire Général	112 50	
Divers	231 60	
Indemnités au Président, au Secrétaire Général et au Conseil judiciaire		5.450
Indemnités aux sociétaires		7.489 15
		14 400 45

Sous la rubrique *Divers* figurent l'abonnement au *Journal Officiel*, des copies d'actes, des travaux d'écritures, la constitution des dossiers, etc.

Les indemnités au Président, au Secrétaire Général et au Conseil Judiciaire doivent figurer sous une rubrique spéciale car elles ne constituent pas des dépenses d'administration : elles correspondent à des services rendus aux sociétaires : déplacements, démarches, avis, consultations, rapports, études, arbitrages, etc.

*

Balance des comptes.

Si au total des recettes de 1903.......		15.150 50
on ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1902...........	2.091 90	2.840.92
et les espèces en caisse à la même date............	749 02	
on trouve...........		17.991 42
Et si l'on retranche les dépenses de l'année..............................		14.400 45
On trouve un excédent de....		3.590 97
représenté par :		
Espèces à la Société Générale..................	3.214 80	
Espèces en caisse........	376 17	
Total égal.......	3.590 97	

Avoir au 31 décembre 1903.

Le Sou Médical au 31 décembre 1903 possédait :

Portefeuille :		
15 obligations P.-L.-M., 2,5 %.....................		6.207 75
Espèces à la Société générale.	3.214 80	3.590 97
Espèces en caisse.............	376 17	
Créances sur 2 sociétaires.		650
Total égal..........		10.448 72

Si l'on était tenté de dire que, contrairement à nos statuts, nous capitalisons, il serait facile de répondre que la somme placée en valeurs représente la réserve de liquidation indispensable que nous devons toujours conserver et que nos espèces étaient loin de constituer des ressources disponibles puisqu'une certaine somme s'appliquait à l'année 1904, et que, dès le début, de cette année 1904, nous avions de fortes indemnités à verser pour affaires en cours.

Nos recettes ordinaires, c'est-à-dire les cotisations et les intérêts, s'élevaient en chiffres ronds à 15.000 francs et nos dépenses à 14.400 francs. Voilà la vérité.

Nous vous demandons, Messieurs et chers confrères, d'approuver ces comptes d'une manière définitive.

Le Trésorier,

Dr Gassot.

Rapport présenté par le Secrétaire général à l'assemblée générale de la Société.

Mes chers confrères,

Je tiens, avant de vous faire mon rapport annuel sur les opérations de notre Société pendant l'année 1903-1904, à vous remercier tout d'abord des témoignages de bonne confraternité dont vous m'avez, je puis le dire, comblé Si je fais tous mes efforts pour répondre aux obligations très nombreuses de la lourde tâche que vous m'avez confiée, je trouve ma récompense dans les manifestations très multipliées de votre reconnaissance. Je me rends cependant compte de mon insuffisance ; certaines correspondances restent en retard ; certaines affaires ne marchent pas à mon gré. Il faudrait pour aboutir plus rapidement faire des démarches personnelles. Mais hélas ! notre temps est compté et la sollicitation des clients vient souvent nous arracher au travail du « Sou ». Soyez indulgents, confrères, vous ne sauriez croire combien j'ai besoin de votre bienveillance. Vous me l'avez accordée, j'avoue que j'y comptais.

Ceci dit, j'entre en matière par un peu de statistique comme d'usage. C'est un moyen de se rendre compte de la marche de notre Société.

L'ensemble de nos interventions avait donné lieu en 1901-1902 à la création de 252 dossiers.

L'année suivante, 1902-1903, nous avions inscrit les nos de 459 affaires nouvelles ; cette année-ci 1903-1904 ne donne que 395 inscriptions. Il semblerait à voir ce chiffre que nos affaires ont diminué, il n'en est rien cependant, la différence de 64 dossiers qui semble prévaloir en faveur de l'année 1902-1903, tient à l'affaire de la faillite de la Société « l'Espérance ». Nous avions sollicité nos confrères de nous confier leurs intérêts dans cette circonstance, et un grand nombre ont répondu à cet appel.

Puis, d'autres causes aussi influent sur ce chiffre. Les affaires litigieuses des médecins liés par des contrats avec des Sociétés d'assurances contre les accidents du travail, qui autrefois étaient abondantes, ne sont plus soumises à notre intervention. Nos confrères prévenus, ne se sont plus laissé prendre aux faux avantages des Compagnies d'assurances ; ils ont rompu des contrats onéreux pour eux et sont rentrés dans le « droit commun » ; ils ont enfin compris que les Assurances et les médecins ne doivent avoir et n'ont en fait aucun rapport.

Les Assurances, avons-nous dit souvent, sont *Affaire entre Patrons et Assureurs*, elles ne sont pas entre *ouvriers* et *Patrons*, ni *entre Patrons* et *médecins*.

Nous avons publié sur cette matière tant et tant de documents, que nos confrères avertis se sont tenus sur leurs gardes ; de là, moins d'embarras, moins de conflits et, comme conséquence, moins d'affaires de ce genre au « Sou ».

Le livre-journal de la correspondance est arrivé à un chiffre toujours très considérable de documents : soit 3267. L'année précédente votre secrétaire général en avait inscrit 3.300.

Le chiffre de cette année, vous le voyez, est à peu près égal à celui de l'année précédente.

Si nos affaires n'ont pas doublé comme l'année précédente, elles se sont maintenues à un chiffre égal à celui de l'année dernière, la correspondance de votre secrétaire général est là pour en faire foi.

***

Nous allons passer en revue les divers dossiers inscrits cette année en les classant, suivant notre ordinaire, sous des rubriques qui figurent à nos rapports des années précédentes.

Chapitre I

Mesures de bienfaisance. — Secours. — Prêts d'honneur.

Bien que sollicité plusieurs fois, votre Conseil n'a pas voulu s'engager de nouveau dans la voie des prêts d'argent. L'expérience que nous avons faite de la chose n'ayant pas donné les résultats que nous en attendions. Les confrères ainsi secourus ne l'ont été que temporairement.

L'abandon de sommes importantes serait à peine suffisant pour soulager des misères professionnelles et l'argent que vous avez confié au « Sou » ne l'a pas été dans ce but. L'Association générale a pu, par nous sollicitée, venir en aide à certains confrères par des secours ; cette Association appliquait ainsi les principes qui ont présidé à sa création.

Je vous disais, l'année dernière : « A notre grand regret nous ne devons plus, qu'à bon escient, et en nous entourant de garanties sérieuses, nous engager dans cette voie qui serait la ruine de notre Société ».

« Nous avons tant d'occasions d'être utiles autrement, qu'il ne faut pas perdre le moyen de faire profiter le plus grand nombre de confrères de notre organisation. »

C'est donc tout à fait exceptionnellement que, dorénavant, nous pratiquerons ces « *prêts* ». La bienfaisance elle-même devra se restreindre dans ses mani-

festations, nous ne sommes pas créés pour cela. Pour combattre le bon combat, limitons notre programme. D'autres sociétés, dont tous les membres du « Sou Médical » font partie, ont inscrit dans leur programme : « *Assistance* », *Bienfaisance* », « *Secours Mutuels* ». C'est là que dorénavant nos confrères besogneux devront aller demander ce que nous ne pouvons faire sans compromettre gravement notre existence même.

* * *

D. 804; D. 1000. — Deux confrères demandaient à faire à la Caisse du « Sou Médical » des emprunts que leur situation embarrassée rendait nécessaires. Ne pouvant à notre grand regret, vu nos modestes ressources, accéder à leurs désirs, nous les avons mis en rapport avec le bureau de l'Association générale qui s'est occupé de leurs affaires.

* * *

Chapitre II.

Contestations d'honoraires. — Droits du médecin. — Conseils pour opérer le recouvrement de créances médicales.

Il se crée tous les jours, grâce à l'action si multipliée du « Sou », des données de jurisprudence sur les cas litigieux, etc.. Malgré la diversité des causes, il est possible de donner aux confrères dans l'embarras les documents qui doivent leur permettre de mener à bien leurs réclamations d'honoraires.

Des copies multiples ont été faites de ces documents ; consultations magistrales, éléments de jurisprudence recueillis tant dans les publications spéciales, tant au Concours médical, qu'aux bulletins et journaux de médecine, et les dossiers ainsi constitués, sont nombreux et volumineux. Il faut citer parmi les recueils qui nous ont été précieux pour ces recherches de documents et avec mention toute particulière le *Bulletin de l'Union des syndicats médicaux* et le *Bulletin du Syndicat des médecins de la Seine*, le « Sou médical » rencontre très fréquemment ces deux groupes de médecins lorsqu'il importe de défendre la profession contre les abus ; c'est que notre société ne saurait se désintéresser de ceux qui poursuivent une œuvre commune.

Unissant leurs efforts, nos trois groupements n'ont qu'un but : l'amélioration des conditions matérielles et morales de la profession.

Le Syndicat des médecins de la Seine, sous l'initiative et la direction d'un de ses membres des plus laborieux, le Dr Vimont, a organisé un service de recouvrement d'honoraires et des pourparlers sont engagés actuellement entre votre secrétaire général et cette organisation syndicale, pour en faire profiter les membres du « Sou ».

Nous le disons et le répétons toujours : « Nous ne « voulons pas, et le voudrions-nous, nous ne pou- « vons pas nous substituer à l'action individuelle « pour le recouvrement des honoraires ».

Nous ne pouvons intervenir dans ces recouvrements que s'ils soulèvent une question de Droit intéressant la généralité des médecins.

Il nous est arrivé parfois d'intervenir auprès de clients récalcitrants en leur proposant notre arbitrage.

Je dois déclarer que, le plus souvent, nos démarches ont abouti de façon à donner satisfaction à nos confrères. Un seul client, oh, celui-là récalcitrant s'il en fut, a non seulement repoussé nos démarches courtoises, mais nous a traités, du haut de sa *grandeur* de *grand* commerçant en charbons, nous considérant comme le vulgaire représentant d'une agence d'affaires.

Aussi notre audace n'avait aucune excuse. Ce monsieur occupé à entasser des billets de mille sur des billets de mille, ne pouvait comprendre la démarche désintéressée faite par un médecin pour rendre service à un autre médecin.

* * *

D. 724. N° 133. — Etablissement d'un mémoire d'honoraires ; citation du client devant un juge incompétent ; défaut ; indications pour introduire une nouvelle instance.

D. 725. N° 133. — Compétence contestée ; la citation doit être faite devant le juge du domicile du défendeur.

D. 735. N° 455. — La renonciation à la succession de leurs père et mère libère-t-elle les enfants des dettes alimentaires et en particulier de la dette contractée vis-à-vis du médecin pour soins de dernière maladie ? le fils étant intervenu pour faire appel au médecin, il s'est par le fait engagé au paiement des honoraires de ce dernier.

D. 738. N° 130. — Parent d'un médecin décédé intestat au domicile de ce dernier ; *Quid* des honoraires ?

D. 740. N° 46. — Etablissement d'une note d'honoraires.

D. 742 N° X — Liberté du médecin de refuser des soins à un blessé.

D. 745. N° 165. — Privilège du médecin en cas de faillite ; frais de dernière maladie ; ce qu'il faut entendre par cette expression.

D. 751. N° 719. — Proposition de paiement par acompte : comment régulariser l'acceptation d'une pareille proposition ?

D. 752. — Démarches pour obtenir le paiement d'honoraires dus à l'occasion d'un accident de chemin de fer.

D. 753. N° 97. — Accident survenu sur la voie publique ; conseils pour rechercher le responsable des honoraires du médecin.

D. 756. N° 810. — Privilège de dernière maladie, son rang dans la répartition ; primé par privilège du propriétaire sur les meubles.

D. 758. N° 694. — La saisie-arrêt doit-elle être renouvelée si la main-levée n'a pas été donnée.

D. 751. N° 636. — Droits spéciaux du médecin inspecteur des enfants du premier âge.

D. 764. N° 338.—Frais d'un procès en recouvrement d'honoraires. Ceux qui incombent au demandeur et ceux qui sont à la charge du défendeur ; interprétation d'un jugement.

D. 767. — Responsabilité au point de vue des honoraires ; oncle faisant donner des soins à une nièce habitant sous son toit.

D. 778. N° 177. — De l'obligation du tiers qui fait appel au médecin ; soins au père ; assignation des enfants en paiement.

D. 784. N° 567.— Devoirs professionnels du médecin d'assurance.

D. 792. N° 918 et 646. — Procès en recouvrement d'honoraires ; responsabilité du tiers qui fait appel au médecin pour donner des soins à sa mère malade et sans ressources, enfants aisés.

D. 791. N° 707. — Contestation d'honoraires, aide et conseils pour le recouvrement.

D. 799. N° 10. — Conseils et aide pour recouvrement d'honoraires.

D. 803. N° 231. — Privilège du médecin communal. Frais de dernière maladie.

D. 805. N° 950. — Vérification de mémoire d'honoraires contesté.

D. 808. N° 761. — Droits du médecin ; divorce, accouchement, recherche du responsable des honoraires du médecin.

D. 816. N° 53. — Question à propos de l'application de la loi des patentes.

D. 819. — Le mari et la femme sont-ils solidaires des dettes vis-à-vis du médecin ?

D. 820. — Conseils à propos d'une créance divisée entre les héritiers par suite de la mort du débiteur.

D. 822. — Contestation d'honoraires ; conditions dans lesquelles peut s'exercer la saisie foraine.

D. 823. N° 71. — Conseils pour l'exécution d'un jugement obtenu contre un débiteur ; conditions dans lesquelles doit s'opérer la saisie immobilière.

D. 826. — Contestation d'honoraires ; frais de dernière maladie ; conseils,

D. 829. N° 593. — Responsabilité du tiers qui fait appel au médecin.

D. 834. N° 640. — Critique du jugement d'un juge de paix ; dette reconnue ; médecin débouté.

D. 841. N° 689. — Responsabilité du tiers qui fait appel au médecin.

D. 848. N° 88. — Contestation d'honoraires, acceptation d'héritage sous bénéfice d'inventaire. Le légataire universel responsable des dettes.

D. 849. N° 431. — Conseils à propos de sollicitations faite par une Compagnie d'assurance.

D. 852. — Responsabilité du tiers qui fait donner des soins à sa concubine.

D. 853. — Contestation d'honoraires, soins à un blessé soigné pendant quinze jours par un rebouteur.

D. 857. N° 985. — Contestation d'honoraires par des héritiers ; intervention du « Sou » ; arbitrage.

D. 859. N° 50. — Conseils pour sauvegarder les droits d'un médecin ; client décédé ; la commune légataire universelle, l'usufruitier criblé de dettes, insolvable.

D. 860. N° 231. — Privilège de dernière maladie du failli.

D. 866. N° 361. — Le privilège du propriétaire sur les meubles (privilège particulier, créancier gagiste, primant le privilège général du médecin (art. 3101. Code civil).

D. 867. — De la validité d'un contrat passé avec une Cie d'assurances.

D. 872. N° 64. — Recherche du responsable des honoraires d'un médecin.

D. 876. N° 708. — Contestation d'honoraires, renonciation tardive à la succession.

D. 879. N° 10. — Contestation d'honoraires, conseils.

D. 883. N° 853. — Contestation d'honoraires.

D. 884. N° 853. — Vérification de mémoire d'honoraires.

D. 885. — Contestation d'honoraires ; arbitrage du « Sou » accepté ; transaction.

D. 886. N° 825. — Responsabilité médicale à propos de soins donnés à un enfant assisté.

D. 889. N° 10. — Recouvrement d'honoraires contestés.

D. 892. — Responsabilité du tiers qui fait appel au médecin.

D. 893. N° 46. — Contestation d'honoraires. Conseils.

D. 895. N° 162. — Honoraires contestés, intervention du « Sou ».

D. 896. N° 715. — Recherche du responsable des honoraires.

D. 900. N° 173. — Exercice simultané de la médecine et de la pharmacie. Conseils.

D. 913. — Responsabilité d'honoraires ; trois jugements.

D. 917. N° 615. — Concurrence par médecin d'assurance.

D. 919. N° 820. — Accident à un domestique ; responsabilité des patrons.

D. 922. N° 901. — Responsabilité des soins donnés à une personne ; réquisition faite par un tiers intéressé à la guérison.

D. 923. — Contestation d'honoraires. Conseils.

D. 986. N° 162. — Contestation d'honoraires ; intervention heureuse du « Sou ».

D. 931. N° 519. — Interprétation d'un jugement interrompant la prescription.

D. 937. — Contestation d'honoraires ; vérification du mémoire.

D. 938. — Indications pour établir une note d'honoraires.

D. 946. N° 384. — Les soins médicaux compris dans la dette alimentaire.

D. 947. N° 897. — Le père est-il responsable des soins donnés à son fils majeur tombé malade sous son toit ?

D. 955. — Accident produit par une automobile conduite par un étranger ; mesures à prendre pour sauvegarder les honoraires du médecin.

D. 956. — Accident arrivé sur la grande route ; responsabilité de l'auteur ; jugement de la justice de paix contesté.

D. 974. N° 580. — Etablissement d'un mémoire d'honoraires.

D. 977. N° 870. — Accident sur la voie publique ; expertise. *Quid* des honoraires ?

D. 983. — Conditions de l'exercice de la pharmacie par un médecin.

D. 989. N° 414. — Contestation d'honoraires.

D. 995. — Contestation d'honoraires.

D. 1007. — Constestation d'honoraires.

D. 1010 — Recherche du responsable des honoraires dus au médecin pour soins donnés à des ascendants.

D. 1014. — Contestation d'honoraires.

D. 1016. — Question à propos de la prescription.

D. 1021. — Contestation d'honoraires : conseils.

D. 1022. N° 41. — L'officier de santé qui prend le titre de docteur commet-il un abus ?

D. 1023. N° 122. — Indication de procédure pour poursuivre un recouvrement d'honoraires.

D. 1027. N° 659. — Concurrence dans la clientèle privée faite par le médecin d'un asi le d'aliénés.

D. 1030. N° 576. — Constestation d'honoraires ; l'arbitrage proposé ; transaction.

D. 1040. N° 495. — Frais de dernière maladie.

D. 1044. N° 425. — Recherche du responsable des honoraires d'un médecin.

D. 1050. N° 384. — Questions à propos de la prescription.

D. 1055. — Responsabilité des parents qui font donner des soins à leurs enfants.

D. 1057. N° 495. — Contestation d'honoraires ; difficulté avec un huissier.

D. 1058. N° 664. — Du titre surané de médecin assermenté. — Question à propos des certificats délivrés par des médecins non assermentés.

D. 1063. N° 856. — Exercice simultané de la médecine dans deux localités. *Quid* à propos de la patente ?

D. 1064. N° 177. — Conseils à propos d'une contestation d'honoraires.

D. 1065. — L'héritier universel est responsable des dettes de la succession qu'il accepte.

D. 1076. — Contestation d'honoraires, conseils.

D. 1077. N° 899. — Indications pour établir une note d'honoraires contestée.

D. 1084. N° 755. — Responsabilité du tiers qui fait appel au médecin.

D. 1086. N° 194. — Intervention heureuse du « Sou » pour obtenir une reconnaissance de dette et un engagement de paiement.

***

Chapitre III.

Contestations d'honoraires pour soins donnés à des victimes du travail.

Pourquoi faut-il toujours se redire ? La dure leçon de choses ne démontre-t-elle pas que, sont dans l'erreur, ceux d'entre nous qui recherchent les situations dites privilégiées, les monopoles, les fixes, offerts par les Cies d'assurances.

Leurres que tout cela ! C'est payer trop cher les prébendes promises, que de le faire par l'abandon de sa liberté et de son indépendance. C'est faire aux confrères voisins une concurrence (laissez-moi dire le mot), déloyale. Le blessé du travail est un client ordinaire et de même qu'un médecin qui se respecte et qui désire appliquer avec scrupule les règles de la déontologie, ne doit pas solliciter la clientèle par démarches, manœuvres ou réclames, de même un médecin ne doit pas exciter, en acceptant le monopole offert, les Cies d'assurances à la violation du droit pour le blessé, *de librement choisir* son médecin. Depuis six ans, toujours sur la

brèche, les Sociétés de défense professionnelle ont livré le bon combat, tendant à prémunir les médecins contre de pareils abandons ; malheureusement, beaucoup trop de nos confrères n'ont pas encore compris qu'en restant médecins d'assurances ils se font les complices de la lutte que les Sociétés d'assurances soutiennent contre les médecins.

La lutte, en effet, n'est pas *des médecins contre les Sociétés d'assurances*, elle est *de ces dernières contre les médecins.*

Que veulent les médecins ? L'application intégrale de la loi, et l'exécution loyale de ses prescriptions.

Que veulent les Cies d'assurances ? Obtenir des soins médicaux à prix réduits, et pour cela elles font appel à la concurrence et donnent leur confiance aux médecins décidés à faire le rabais qu'elles exigent. En échange elles s'engagent à lui assurer le monopole, dussent-elles pour y arriver, *violer la loi.*

Les patrons, intermédiaires des Assurances, ont la charge d'imposer à leurs ouvriers le médecin de l'assurance. N'ont-ils pas, pour le faire, une autorité dont ils abusent ? Un ouvrier blessé, s'il veut être indépendant, s'il fait appeler pour le soigner son médecin ordinaire, celui qui prodigue des soins à sa femme, à ses enfants malades, voit, à la quinzaine de paye, le patron le congédier de son atelier. Le prétexte donné ne sera jamais le vrai... les chefs d'industrie ayant mille et mille raisons de se débarrasser d'un ouvrier qui a *cessé de plaire.* « Un chef d'industrie écrivait à un de nos confrères, qu'il était « *tenu de par son contrat d'assurance,* « *d'adresser ses blessés à tel ou tel médecin à l'exclu-* « *sion de tous autres* », et ce patron trouvait cela tout naturel.

Si les Cies d'assurances veulent avoir des médecins à elles, ces médecins ne sauraient être autre chose que des experts, les soins à donner au blessé devraient leur être interdits. Dans les conflits d'intérêt que soulève entre le patron et l'ouvrier l'application de la loi sur les accidents du travail, le médecin ne saurait être à la fois pour et contre les parties.

Me voici loin des interventions du « Sou » dans la question du recouvrement d'honoraires ! Les Cies d'assurance opposent une grande résistance aux prétentions médicales. Elles savent l'effort fait par les médecins pour rendre l'article quatre de la loi d'avril, clair, précis ; elles savent que les manœuvres déloyales du détournement de clientèle, pratiquées par elles, auront un jour une sanction, et elles luttent avec l'acharnement désespéré précurseur de la défaite.

Tout mémoire de médecin libre est en principe contesté par certaines Cies, même, les médecins ayant souscrit des contrats avec elles, voient leurs mémoires, conformes cependant aux conventions intervenues entre eux et elles, discutés et, plusieurs fois, le « Sou médical » a dû intervenir pour amener la solution de semblables litiges.

Aussi, maintenant, donnons-nous le Conseil d'ignorer absolument les Sociétés d'assurances, de ne s'adresser qu'au seul patron, de ne pas parlementer ni discuter avec ces Cies qui, si elles sont liées par contrat avec les patrons, n'ont vis-à-vis des médecins aucun lien de droit. Ces derniers ne sauraient les poursuivre en justice pour les revendications de leurs droits.

Elles cherchent, le plus souvent, à se soustraire à leurs obligations.

Le patron est-il déclaré en faillite ? elles se défilent, laissant les médecins en face de créances qu'elles renient parce qu'elles entrevoient la possibilité de ne pas les payer.

Un de nos confrères avait reçu de son prédécesseur un contrat le liant avec une assurance contre les accidents, la Z... ; ce contrat, il s'était empressé de le résilier et il avait écrit à la Cie qu'il renonçait à continuer les errements de son prédécesseur qui consentait à soigner les blessés au prix forfaitaire de dix francs l'un. Nonobstant, le Dr L.. a l'occasion de soigner des blessés dont les patrons sont assurés à la Cie Z... et le malade guéri, présente sa note au patron. Contestations : On vient devant le juge de paix, car la Z... prétend que le Dr L... a accepté le forfait de 10 francs et doit se contenter de cette somme, qu'elle offre, pour le paiement des honoraires dus, et cela en raison de chaque sinistre soigné.

Le juge de paix, dans un jugement fortement motivé, a donné gain de cause au médecin et, ayant à apprécier la valeur d'un contrat possible entre l'assureur et le médecin, le déclare IMMORAL.

Qu'en dites-vous, confrères, vous qui vous attardez encore dans les anciens privilèges des fixes et des monopoles ? voilà, certes un avis qui n'est pas fait pour vous plaire.

Grâce à nos conseils, les médecins qui ont eu recours au « Sou médical » ont été de moins en moins nombreux : nos efforts commencent à porter leurs fruits et j'espère que d'ici peu d'années, votre secrétaire général n'aura à inscrire dans ce chapitre de son rapport annuel, que fort peu de chose. Il faut espérer même qu'il y aura lieu de le supprimer. Comme vous le savez, le Sénat, en 2e lecture, va très vraisemblablement adopter un tarif applicable aux accidents du travail pour toute la France. « L'Union des Syndicats », le « Concours médical » et le « Sou » se sont mis à l'œuvre pour réunir les éléments divers d'un tarif ouvrier uniforme. Le médecin d'assurance tel qu'il existe aujourd'hui, aura disparu le jour où son intérêt évident sera de ne plus se séparer de ses confrères *libres.*

***

D. 723. N° 912. — D. 728. N° 483. — D. 730. N° 825. D. 744. N° 135. — Etablissement de mémoires d'honoraires pour accidents du travail.

D. 746. N° 119. — Rapport des médecins avec les Cies assurances.

D. 765. N° 719. — Accident agricole. Dans quelle condition le patron est-il responsable?

D. 768. N° 691. — Etablissement d'un mémoire d'honoraires, accident du travail.

D. 770. — Idem.

D. 772. N° 952. — Contestation d'honoraires accident du travail, conseils de jurisprudence.

D. 776. N° 906. — Honoraires d'un médecin d'assurance, conteste ; arbitrage du « Sou » accepté par la Cie ; transaction.

D. 785. N° 987. — Contestation avec une assurance pour le règlement d'un sinistre.

D. 788. N° 881. — Contestation d'honoraires.

D. 797. N° 895. — Expertise d'un mémoire d'honoraires, accident.

D. 798. N° 481 ; D. 801. N° 195. — Contestation d'honoraires, intervention heureuse du « Sou ».

D. 806. N° 73. — Contestation d'honoraires par Cie d'assurance après faillite du patron. Obtenu jugement favorable aux droits du confrère.

D. 809. N° 969 ; D. 810. N° 468 ; D. 811. N° 468. — Contestations d'honoraires, accidents du travail.

D. 814. N° 344. — Contestation avec une Cie d'assurances à propos du prix des certificats.

D. 821. N° 952. — Tarif de l'Assistance médicale gratuite ; son application aux honoraires des médecins pour soins donnés aux victimes du travail.

D. 831. N° 853. — Vérification d'un mémoire d'honoraires pour accidents du travail.

D. 833. — Questions diverses à propos des accidents du travail.

D. 838. N° 627. Contestation d'honoraires pour accidents du travail.

D. 842. N° 484. — Vérification d'un mémoire d'honoraires, accidents du travail.

D. 845. N° 646. — Appel d'un jugement de la justice de paix. Honoraires pour accident du travail contestés. Hospitalisation dans une maison de santé privée.

D. 858. N° 602. — Le juge de paix du lieu de l'ac-

cident compétent en matière d'honoraires. Accidents du travail.
D. 862. N° 853 — Vérification de mémoire d'honoraires.
D. 869. N° 340. — Soins à l'hôpital pour une victime du travail agricole, recherches du responsable des honoraires du médecin.
D. 888. N° 225. — Accident agricole : le père de l'enfant blessé ne veut pas payer parce qu'il rend le fermier responsable ; conseils de procédure.
D. 891. N° 881. — Contestation avec une Cie d'assurances à propos d'un recouvrement d'honoraires.
D. 898. N° 637. — Contestation d'honoraires pour soins donnés à l'occasion d'accident du travail.
D. 901. N° 851. — Vérification de mémoire d'honoraires.
D. 903. — Idem.
D. 905. N° 637. — Idem.
D. 909. N° 704. — Idem
D. 911. — Le « durillon forcé » est-il un accident du travail ?
D. 912. — Le taux du certificat médical dans le cas des accidents du travail ; assurance agricole contre les accidents.
D. 914. N° 853. — Contestation d'honoraires.
D. 915. — Accident du travail agricole ; les honoraires des médecins. Les Cies d'assurances et le détournement de la clientèle opéré par ces collectivités.
D. 916. N° 300. — Contestation d'honoraires pour soins à des victimes du travail ; établissement du mémoire.
D. 918. N° 952. — Contestation d'honoraires. Idem.
D. 925. — Questions à propos des Cies d'assurances contre les accidents.
D. 927. N° 992. — Contestation d'honoraires.
D. 929. — Les frais médicaux versés par le patron aux mains du blessé. *Quid* du recours du médecin contre le patron au cas où l'ouvrier, mandataire infidèle, ne paierait pas le médecin ?
D. 933. N° 808. — Contestation d'honoraires pour soins donnés à des victimes du travail.
D. 935. N° 67. — Idem.
D. 940. N° 780. — Heureuse intervention du « Sou médical ».
D. 942. N° 388. — Idem.
D. 948. N° 483. — Idem.
D. 949. N° 578. — Idem.
D. 951. — Idem.
D. 957. N° 689. — Compagnie d'assurance voulant imposer à un de ses médecins démissionnaire le tarif anciennement accepté par un contrat résilié.
D. 966. — Contestation d'honoraires pour soins à des victimes du travail. Arbitrage du « Sou » proposé à l'assurance et accepté. Transaction acceptée.
D. 967. N° 939. — Contestation d'honoraires pour soins à des victimes du travail.
D. 972. N° 113. — Accident agricole ; rapports avec les sociétés d'assurances.
D. 973. N° 783. — Idem.
D. 981. — Poursuites en justice pour le recouvrement d'honoraires. Accidents du travail.
D. 982. — Contestation d'honoraires.
D. 985. N° 375. — Idem.
D. 987. N° 689. — Appel d'un jugement du juge de paix, contestation d'honoraires.
D. 993. N° 825. — Contestation d'honoraires. Appel d'un jugement du juge de paix.
D. 999. — Contestation d'honoraires.
D. 1001. N° 805. — Idem.
D. 1002. — Idem.
D. 1006. — Idem.
D. 1011. N° 357. — Idem.
D. 1013. N° 314. — Idem.
D. 1017. N° 434. — Idem.
D. 1018. N° 759. — Accident du travail agricole.
D. 1019. — Contestation avec la Compagnie d'assurances la Z... pour un recouvrement d'honoraires.
D. 1020. N° 759. — Contestation d'honoraires pour soins donnés à des victimes du travail.
D. 1028. N° 495. — Idem.
D. 1029. N° 488. — Idem.
D. 1031. N° 175. — La hernie récente, est-elle un accident du travail ?
D. 1032. N° 912. — Contestation d'honoraires.
D. 1033. N° 602. — Etablissement d'un mémoire d'honoraires.
D. 1034. N° 759. — Contestation d'honoraires.
D. 1035. N° 8 2. — Idem.
D. 1042. N° 626. — Idem.
D. 1044. N° 211. — Accident d'automobile. Recherche du responsable des honoraires pour soins donnés aux victimes.
D. 1046. — Le durillon forcé est-il un accident de travail ?
D. 1051. N° 218. — Contestation d'honoraires. Trois questions à propos des assurances contre les accidents.
D. 1052. N° 213. — Accident agricole. — Domestique. — Responsabilité du maître.
D. 1053. — Contestation d'honoraires.
D. 1056. N° 706. — Attitudes à prendre vis-à-vis des Compagnies d'assurances contre les accidents.
D. 1060. — Conseils à propos des difficultés pour le recouvrement d'honoraires. Soins à des victimes du travail.
D. 1061. N° 946. — Cession du portefeuille d'une Compagnie d'assurances. De la valeur des contrats ainsi cédés à une autre Compagnie sans le consentement des assurés.
D. 1066. N° 853. Contestation d'honoraires.
D. 1070. N° 79. — Idem.
D. 1075. — Idem.
D. 1078. — Idem.
D. 1081. N° 704. — Idem.
D. 1082. N° 782. — Idem.
D. 1095. N° 143. — Idem.
D. 1096. N° 38. — Etablissement d'un mémoire d'honoraires.
D. 1103. N° 825. — Appel d'un jugement du juge de paix. Contestation d'honoraires pour soins donnés à des victimes du travail.

***

Chapitre IV.

Contestations avec les sociétés de secours mutuels.— Le médecin des sociétés de secours mutuels dans ses rapports avec ces sociétés.

Serait-ce l'âge d'or entrevu ? Le nombre des affaires inscrites cette année au «Sou» sous cette rubrique est réduit presque au minimum et encore, les questions traitées sont d'ordre général. A part l'intervention de votre secrétaire, prenant sa *grosse voix* pour obliger un potentat de village, président d'une Société de secours mutuels, à remplir vis-à-vis du médecin de sa société l'obligation dure, mais nécessaire, du paiement de ses honoraires. Nos confrères ne se sont plaints cette année d'aucune difficulté ou mauvais vouloir.

La question est cependant partout à l'ordre du jour, mais les médecins n'entendent plus abdiquer leurs droits et consentir à être les valets des Sociétés. D'un autre côté, ces dernières, mieux informées, sont mieux disposées à reconnaître les sacrifices faits par les médecins.

Le Congrès de la mutualité, qui s'est tenu cette année a Nantes, a été l'occasion d'un vœu émis sur la proposition de M. le Dr Gairal, le représentant autorisé des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité et président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Le tarif à la visite substitué au tarif à l'abonnement et la liberté laissée au mutualiste malade de librement choisir son médecin — (on n'a pas voulu ajouter son pharmacien — et on a ajouté *« autant que possible*) sorte d'atténuation au principe large de la liberté. Il est bien difficile de contester aujourd'hui ce principe de la liberté du choix du médecin après

son inscription dans le texte même d'une loi. — (art. 4 de la loi du 9 avril 98.)

Pourquoi les Sociétés de secours mutuels n'ont-elles pas voulu ajouter au vœu précité — le *libre choix du pharmacien*, laissé aux mutualistes ? c'est que les Sociétés mutuelles veulent et l'ont déjà fait, sur plusieurs points du territoire, créer des pharmacies mutualistes, c'est-à-dire des officines ne devant délivrer leurs médicaments qu'aux seuls mutualistes.

Les pharmaciens se sont émus de pareille situation, ils sont venus à nos groupes professionnels nous demandant avec instance de les soutenir dans leur revendications. Une Union médico-pharmaceutique dans la formation de laquelle le « Sou » a une part, s'est créée.

Son but sera de rechercher les moyens, non d'une guerre à la mutualité, ce qui serait absolument contre nos principes à nous médecins, mais de rechercher les moyens de rapprocher, par une entente bien étudiée, des gens faits pour s'unir, c'est-à-dire les médecins, les pharmaciens et les mutualistes.

Des conflits d'intérêt surgissent, il faut éviter leur formation, rechercher les causes qui les produisent et ce, pour en rendre le retour impossible. Il ne faut pas, comme l'ont fait certains mutualistes, se poser en adversaires irréconciliables, mais agir en gens pénétrés de la nécessité de s'unir pour le bien commun.

Il y a, ai-je dit, entre le mutualiste, le médecin et le pharmacien des conflits d'intérêt, pourquoi cela ? C'est que de part et d'autre on « *n'a regardé que chez le voisin* ».

Et comme dit le proverbe, si *on a vu la paille dans l'œil du voisin on n'a pas vu la poutre dans le sien.*

Comme toujours dans ces questions professionnelles, l'ennemi du médecin a le plus souvent été le médecin lui-même.

Certains confrères, au lieu de venir discuter, dans les milieux médicaux, des principes qui heurtent les idées généralement admises par les médecins à propos des mutualités, vont porter ces idées dans les milieux mutualistes qui constatant nos désaccords ne peuvent qu'y applaudir.

Pourquoi tous les médecins n'ont-ils pas sur ces questions, les idées de ce brave et excellent docteur X, et du confrère Z.

Que fera l'Union médico-pharmaceutique ? Vous avez le droit de le savoir, car le « Sou » y est représenté par deux de ses membres. Nous y discuterons les idées que je viens de vous exposer. L'idéal, et cet idéal est celui de bien des esprits sages, c'est que les Sociétés de secours mutuels *renoncent à avoir un service médical.* Les rapports du mutualiste avec son médecin ne seraient troublés par l'intervention d'aucune tierce personne. La Société ne devant à son sociétaire qu'une indemnité journalière pour la durée de la maladie, cette indemnité sera versée aux mains du sociétaire, ce dernier paiera directement son médecin. J'entends quelques-uns se récrier ; mais, dira-t-on, notre créance sera, de la sorte, bien compromise, nous ne serons jamais payés ; les mutualistes appartenant à la classe de nos clients les moins favorisés de la fortune, nous avons grand peur de voir nos honoraires à tout jamais perdus. — Si vous avez cette crainte, répondrons-nous, proposez à la Société de secours mutuels la combinaison suivante :

« Je vous ferai, direz-vous, gratuitement les attestations qui vous sont nécessaires pour établir la réalité de la maladie de votre adhérent ; je signerai sa feuille de maladie, je contrôlerai sa guérison et vous la signalerai au jour précis où la reprise du travail sera possible ; en échange de ce service, qui a une grande valeur pour vous, puisqu'il assurera la régularité de votre fonctionnement et évitera les pertes qu'entraînent nécessairement les fausses déclarations et les *carottes* ; en échange de ces services, direz-vous, vous voudrez bien retenir sur l'indemnité due à votre sociétaire le montant de mes honoraires. *Service pour service, « nous nous entendrons toujours*, votre intérêt est « également le mien ».

Telles sont les idées que le « Sou médical » cherchera à faire prévaloir dans tous les milieux mutualistes et médicaux.

***

D. 734. N° 41. — La mutualité ; la liberté du choix du médecin et le monopole.

D. 783. N° 603. — Défense professionnelle ; appui donné à un groupe de médecins, protestant contre la création d'une Société de secours mutuels des cantonniers d'un département ; tarif réduit imposé aux médecins.

D. 825. N° 783. — Conflit avec une Société de secours mutuels.

D. 827. N° 732. — Conflit avec une président d'une Société de secours mutuels.

D. 875. N° 939. — Difficulté avec une Société de secours mutuels à propos du tarif des honoraires dus au médecin.

D. 890. N° 71. — Les accidents du travail et les sociétés de secours mutuels qui refusent de payer les honoraires des médecins.

D. 894. N° 783. — Conflit avec une Société de secours mutuels.

D. 904. — Idem.

D. 921. N° 411. — Idem.

D. 939 N° 753. — Idem.

D. 945. — Union médico-pharmaceutique.

D. 986. N° 762. — De la concurrence des médecins opposée par les Sociétés de secours mutuels pour obtenir une diminution dans le taux des honoraires

***

CHAPITRE V

Violation de contrats. — Cession de clientèle. — Détournement de clients. — Abus de pouvoirs des administrations.

Sous cette rubrique, nous n'avons inscrit, cette année, que peu de dossiers. L'attention de nos confrères, mise en éveil par nos avis si multipliés, la conscience de leurs droits, leur ont fait éviter bien des fautes que, les années précédentes, nous avions été obligés de chercher à réparer.

J'entendais dire par quelques-uns de nos confrères que le médecin, nouveau venu dans la clientèle, ne savait absolument rien de ses *droits*, le *Droit médical* étant chose absolument inconnue pour lui. A l'école on ne lui enseigne rien ou presque rien. Le cours de médecine légale ne roule que sur les questions spéciales, des règles de l'expertise médico-légale. Il serait utile d'y adjoindre un chapitre. Quelques leçons sur les rapports du droit et de la médecine par exemple et, sans entrer dans de très longs développements, sans faire de longues théories, il faudrait prévenir le jeune confrère, entrant dans la dure profession de médecin, des précautions qu'il aura à prendre pour se défendre, pour défendre ses intérêts matériels, contre la mauvaise foi, la duplicité, la rancune des clients hostiles et mal intentionnés. Dupes, nos confrères le seront très souvent, plus souvent qu'on ne le croit (on ne se vante pas d'avoir été dupe;) le plus souvent c'est de leur bon cœur qu'ils sont dupes, de la compassion que l'on fait naître chez eux, en face de maux imaginaires. Trompés sur la situation réelle des gens, sur les motifs qui font qu'on fait appel à leurs soins. Ne leur cache-t-on pas des créances non acquittées, des appels antérieurs à des confrères voisins ?

Puis, ce sont des motifs de droit invoqués, la prescription, etc. Nous reviendrons sur ce sujet.

***

Les cessions des clientèles médicales se font maintenant d'une façon régulière, et maintes fois les tribunaux ont fixé la jurisprudence sur ces

points, aussi avons-nous eu peu à intervenir dans le cours de cette année pour des affaires de cette nature.

Quant aux détournements de clientèles, que de fois avons-nous été sollicités de donner des conseils, d'indiquer une marche à suivre pour poursuivre les compagnies d'assurances qui ne se font pas faute de pratiquer ces détournements et cela sur une vaste échelle.

Vous savez l'échec que nous avons subi l'an dernier. Nous soutenions un syndicat nombreux dans une instance de ce genre. Le tribunal de la Seine a déclaré que, pour qu'un syndicat puisse être reconnu capable de poursuivre une semblable instance, il fallait que l'intérêt de tous les membres du syndicat fût identique. Il s'agissait d'une compagnie d'assurances contre les accidents qui faisait afficher que les blessés devaient être adressés exclusivement à tels ou tels médecins, nominalement désignés ; or, il s'est trouvé que quelques-uns de ces médecins de l'assurance faisaient également partie du syndicat en cause et malgré leur petit nombre, quatre dans l'espèce, ils ont fait échec à l'ensemble du syndicat tout entier qui, comptait 800 membres. Le tribunal a débouté le syndicat, déclarant son instance irrecevable et mal fondée en tant que pouvoir syndical et cela en raison de la présence parmi ses membres de médecins dont les intérêts étaient opposés...

Dans la circonstance, c'est parmi nous que se trouvaient nos ennemis, véritables complices de ces détournements de clients par les annonces qui nous sont signalées de partout, et qui sont appendues dans la plupart des ateliers.

La loi du 9 avril 1898 donne aux ouvriers le droit de librement choisir leur médecin. C'est entendu, proclamé et admis. Cependant, dans la pratique, il n'en est pas ainsi. Contre tout droit, les compagnies ont la prétention d'imposer aux chefs d'industrie qu'elles assurent contre les accidents qui peuvent survenir à leurs ouvriers, le médecin qu'elles veulent. Les compagnies s'arrogent le droit de désigner ces médecins à l'exclusion de tous autres. Et, comme le dit fort bien le docteur Diverneresse. Devant la généralisation des mesures de prévoyance par l'assurance qui s'étendra d'ici peu d'années à tous les salariés, aux agriculteurs et autres, pour exercer la médecine en France, il faudra non seulement être diplômé par une Faculté de médecine, mais aussi être agréé comme médecin par une compagnie d'assurances.

Certain patron n'est-il pas venu déclarer devant le juge de paix qu'il était tenu par son contrat d'assurances de diriger tous ses blessés vers tel médecin et qu'il ne croyait pas mal agir en se conformant à cette injonction.

Les chefs d'industrie se font complices de ces détournements, qui en somme ne leur sont ni avantageux, ni préjudiciables, du moins le croient-ils ; ils ont leur tranquillité, n'en souffrent pas, peu leur importe le reste...

Le confrère accapareur et qui fait des rabais pour acquérir le monopole, s'assure, par ce petit trafic, de jolis revenus. Il est rabaissien, il est vrai, mais il accapare et cela le compense ; il draine vers lui la clientèle ouvrière presque toute entière.

Lorsque la besogne est trop forte, il trouve moyen d'organiser des dispensaires où il fait soigner, par des domestiques à ses gages, les blessés dont il n'a pas le temps de faire les pansements.

Les gens qu'il emploie n'ont aucun titre pour soigner les blessés ; quelquefois, ce sont les infirmiers ou les employés d'un hôpital dont il est le chirurgien qui font toute sa besogne. C'est le contribuable qui paie, et c'est avec les deniers destinés aux pauvres qu'on enrichit le spéculateur assureur.

Quelques pharmaciens ont tenté d'adjoindre ce rayon à leur commerce ; là, il a suffi de signaler le fait pour le faire cesser, car les justes lois sont très formelles. C'est de l'exercice illégal de la médecine et on le leur a fait voir.

Le « Sou » est intervenu plusieurs fois dans cette dernière circonstance.

Mais que pouvait-il faire contre les détournements de clientèle faits au profit des médecins monopoliisants ?

La Commission de revision de la loi de 1898 au Sénat a entendu nos doléances. Le « Sou » s'est fait représenter devant cette commission et, se joignant aux délégués de l'Union des Syndicats, du Syndicat des Médecins de la Seine, du Concours et de l'Association générale. a porté nos desiderata au Sénat. Notre vice-président, le docteur Jeanne, a, dans un éloquent appel à la justice et à l'équité, supplié les législateurs de faire tous leurs efforts pour assurer la liberté à l'ouvrier de *librement choisir son médecin.* Qu'elle soit, cette liberté, pratiquée et défendue contre toutes menaces, immixtions et pressions. Que cette liberté ne soit pas une vaine formule : qu'elle soit effective. Comment y arriver ? Soit par une sanction inscrite dans la loi elle-même, soit dans le contrôle des formules inscrites dans leurs polices par les compagnies d'assurances. Ces formules doivent-elles pas être, d'ores et déjà, approuvées par le Ministère du Commerce ?

Qu'il soit donc bien établi que toute disposition contraire à la loi n'y devra pas figurer, ne devra pas y être inscrite.

***

Les abus de l'administration ; les abus de pouvoirs!... Nous nous sommes attachés, vous le savez, et dans nos précédents rapports nous vous l'avons signalé, à soutenir un confrère victime d'une injustice administrative. Nous avons déjà frappé à la porte de bien des juridictions. — Tribunal civil. — Cour de cassation. —Nos instances ont été toujours écartées. Le médecin de situation modeste ne pourrait-il donc jamais obtenir justice ? Aussi soutenons-nous toujours notre confrère. Le Conseil d'Etat est actuellement saisi — ; si cette juridiction nous conteste encore notre droit, nous irons devant le tribunal des Conflits. Nous irons jusqu'au bout de notre droit. Nous voulons, dans cette affaire, avoir le dernier mot et nous l'aurons.

Je terminais l'année dernière ce chapitre de mon rapport en disant :

« Depuis un an nous attendons, tous les jours, la solution définitive de cette affaire... Mais que la justice procède donc avec une sage lenteur ».—Nous ne pouvons aujourd'hui que répéter la même chose.

Violation de contrats. Détournement de clients. Abus de pouvoir des administrations.

D. 731. N° 61. — Interprétation de contrat.
D. 755. N° 253. — Détournement de clientèle par un chef d'industrie.
D. 757. N° 825. — Idem.
D. 779. — Sans-gêne administratif vis-à-vis des médecins.
D. 781. N° 782. — Détournement de clientèle.
D. 786. N° 21. — Idem.
D. 800. N° 137. — Idem.
D. 812. N° 468. — Idem. Assurances agricoles.
D. 828. N° 41. — Cession de clientèle ; intermédiaire.
D. 843.—Contestations relatives à la cession d'un cabinet médical.
D. 850. N° 649. — Idem.
D. 851. — Abus de pouvoir d'un maire dans l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite.
D. 881. — Cession de clientèle ; difficultés à l'occasion de cette cession.
D. 887. — Idem.
D. 910. — Abus d'un maire.
D. 920. N° 582. — Remplaçant venant s'installer auprès du médecin remplacé.
D. 952. N° 871. — Contestations à l'occasion de la cession d'une clientèle.
D. 968. N° 946. — Liquidation d'une succession.
D. 980. — Abus de pouvoir d'un maire.

D. 990. N° 490. — Détournement de clientèle.
D. 992. N° 213. — Interprétation d'un contrat.
D. 1008. N° 663. — Interprétation d'un contrat de publicité.
D. 1024. N° 847. — Détournement de clientèle.
D. 1047. N° 753. — Idem.
D. 1048. N°s 492 et 871. — Contestation à propos de la cession d'une clientèle. Arbitrage proposé.
D. 1062. — Cession de clientèle médicale.
D. 1072. N° 630. — Violation d'un contrat.
D. 1083. — Idem.
D. 1087. N° 600. — Médecin communal assurant la gratuité des soins à tous les habitants d'une commune indistinctement. Protestation d'un confrère déjà installé et que par ce procédé on voudrait chasser du pays où il a ses intérêts et dont il est originaire.
D. 1111. N° 753. — Détournement de clientèle.

***

Chapitre VI.

Des honoraires du médecin d'hôpital dans les cas d'hospitalisation des malades ou blessés non indigents et en particulier des victimes des accidents du travail.

Cette question n'a subi, depuis l'année dernière, aucune modification. La règle admise par la jurisprudence est la suivante : Les médecins et chirurgiens ne peuvent toucher directement des honoraires des gens non indigents ou des victimes d'accidents qu'ils ont soignés à l'hôpital que s'ils y sont autorisés par le règlement administratif de l'hôpital approuvé par le préfet du département. — Encore faut-il que cette autorisation soit expresse. — Ces temps derniers, plusieurs commissions administratives, ayant voulu inscrire des dispositions semblables dans leur règlement ont vu l'administration supérieure intervenir, demandant le maintien du *statu quo ante*, la question, disait-on, devant rester en suspens, la loi du 9 avril étant encore en discussion devant le Parlement. En attendant, médecins,.. tirez-vous de cet embarras comme vous pourrez; soignez gratuitement les pauvres gens ; cela se comprend encore ; mais traiter *pour le même prix* les blessés des industriels, responsables, dit la loi, des frais médicaux et pharmaceutiques, c'est vraiment demander aux médecins trop de sacrifices. On ne range généralement pas les chefs d'industrie dans la *catégorie des nécessiteux*, encore moins des indigents. Mais, en maintenant le *statu quo*, c'est pour le plus grand avantage des *pauvres* compagnies d'assurances.

Le « Sou » n'a pas manqué d'apporter son effort à tout ce qui a été fait pour arriver à la solution de cette question qui, je vous l'ai dit au début de ce chapitre, subit un temps d'arrêt du fait de l'administration.

Que du moins, du fait des médecins, la question ne soit pas *inhumée* ! Défendons-nous nous-mêmes, agissons auprès des commissions administratives et que partout, dans toute la France, la même formule soit proposée à leur appprobation, — à leur vote Puis à l'approbation des préfets. — Voilà le modèle que nous proposons.

« La Commisssion administrative de l'hôpital de . . . .

Vu les vœux réitérés du Conseil supérieur de l'Assistance publique ;

Vu les circulaires ministérielles qui les font connaître en y joignant des instructions formelles, et notamment la circulaire du Ministre de l'Intérieur de janvier 1903 ;

« Délibère . . . .

« Considérant que les soins gratuits de l'hôpital sont réservés aux seuls malades ou blessés indigents; que le prix de journées réclamé par l'hôpital aux hospitalisés de l'assistance médicale des communes n'est applicable qu'aux indigents inscrits sur la liste d'assistance, ou aux nécessiteux, ou à ceux qui ne peuvent recevoir à domicile et à leurs frais les soins que nécessitent leur état ;

« Attendu que le traitement accordé au médecin de l'hôpital ne saurait être considéré que comme une indemnité pour le service de son art rendu aux indigents hospitalisés;

« Considérant que l'hospitalisation des victimes du travail doit être considérée comme l'hospitalisation de gens non indigents et solvables ;

« Que la loi du 9 avril 1898 met à la charge du chef d'entreprise les frais médicaux et pharmaceutiques, que ce serait frustrer les médecins et les pharmaciens des honoraires qui leur sont légitimement dus que de les empêcher, sous prétexte de l'engagement qu'ils ont pris de donner leurs soins aux hospitalisés, de toucher les honoraires qui leur sont dus pour soins donnés à un blessé du travail ;

« Attendu qu'il est constant que le médecin qui soigne des blessures légères en dehors de l'hôpital est indemnisé de ses peines et soins dans des conditions normales toujours supérieures aux conditions dans lesquelles il est indemnisé de soins bien plus importants et pour des blessures bien plus graves parce que ces soins sont donnés à l'hôpital ;

« Décide :

« Le médecin et le chirurgien de l'hôpital sont autorisés à percevoir directement des patrons des ouvriers victimes d'accidents du travail, couverts par la loi du 9 avril 1898, les honoraires qui leurs sont dus en raison des soins qu'ils ont donnés à ces victimes du travail, bien que ces soins aient été donnés à l'hôpital.

« Cette mesure ne s'appliquera qu'aux victimes du travail et aux hospitalisés aisés ; pour ces derniers des décisions spéciales seront prises pour chaque cas particulier par la commission administrative.

Des honoraires du médecin d'hôpital.

D. 741. N° 174. — Contestation d'honoraires, soins à l'hôpital à un client aisé.
D. 743. N° 20. — Honoraires, médecin d'hôpital, accident du travail.
D. 769. N° 707. — Idem.
D. 793. — Idem.
D. 796. N° 881. — Idem.
D. 840. N° 281. — Règlementation de l'hôpital de X. attribuant à l'hôpital les honoraires perçus à l'occasion des interventions du médecin faites à l'hôpital aux accidentés du travail. Application du tarif de l'Assistance médicale gratuite du département à ces opérations.
D. 854. — N° 174. — Honoraires du médecin de l'hôpital pour soins à des hospitalisés aisés.
D. 856. N° 3. — Idem.
D. 976. — Idem.
D. 978. N° 717. — Hospitalisation des gens aisés de province dans les hôpitaux de Paris, protestation du « Sou médical » auprès du Directeur de l'Assistance publique ; réponse de M. Mesureur.
D. 991. N° 914. — Honoraires du médecin d'hôpital dans le cas d'hospitalisation des victimes du travail.
D. 1038. N° 488. — Idem.
D. 1074. — Pharmacien d'hôpital.

***

Chapitre VII

Exercice illégal de la médecine. — Usurpation de titre. — Exercice de la médecine par les pharmaciens.

Qu'il est difficile de lutter contre l'envahissement de notre profession par tous les parasites qui l'encombrent ! La loi de 1892 qui prétend assurer au seul médecin le droit d'exercer la médecine, est méconnue de ceux mêmes qui ont mission de la faire appliquer. Ce n'est un secret pour personne que tel ou tel qui n'est pas médecin, soigne habituellement des malades, institue des traitements en vue de gué-

rir. Mais non, les parquets ne sont pas convaincus. Pour eux, bien que cela crève les yeux, ce n'est *pas suffisamment établi.* Si de temps en temps ils sont cependant obligés de « *marcher* », c'est dans des conditions qui équivalent pour le rebouteur, le charlatan, ou l'empirique, à une *grande victoire.* Que c'est triste ! et comment faire ? Nous ne nous laisserons jamais décourager par principe, mais il nous vient parfois une grande lassitude devant le peu de résultat de nos efforts.

D'autres que nous s'y usent. — A la dernière assemblée générale, d'accord avec les représentants autorisés de l'*Union des Syndicats et du Syndicat de la Seine*, il a été décidé qu'on allait tenter de réunir un Congrès pour discuter devant le grand public les conditions de l'exercice de l'art de guérir et le moyen de protéger les malades contre l'exploitation éhontée des charlatans de tout acabit. L'idée a fait son chemin, le bureau d'initiative s'est formé. Le « Sou » y est représenté, aussi la Société civile du *Concours médical* et le Journal. Votre vice-président, le Dr Jeanne, votre secrétaire général, se sont chargés de rapporter quelques-unes des questions. Les conclusions de ces rapports seront soumises au vote du Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la medecine. On vous demandera tout à l'heure dans quelle proportion vous voudrez subvenir pécuniairement aux frais de ce Congrès. D'ores et déjà, sachez qu'il est en marche, que la plupart des Sociétés Médicales ont adhéré et souscrit.

Je n'ai qu'une crainte, c'est que nos ressources ne nous permettent pas de verser une grosse somme. La question est importante au point de vue général et je ne puis que vous inciter à être larges et généreux.

Dans mon dernier compte rendu, je vous disais le moyen de procéder et comment, pour forcer l'action des Parquets, il fallait intervenir comme partie civile au procès. Cependant, il faut bien le savoir, et je tiens à vous le signaler particulièrement, il y a là un danger. Vous obtenez une condamnation contre un irrégulier de la Médecine ; le procès terminé, il se trouve que, par artifice ou autrement, le dit « *irrégulier* » se trouve insolvable. Il ne possède rien, tout ce qu'il semble posséder est au nom d'un tiers, de sa femme, que sais-je.. et.... il faut payer les frais. Les dommages-intérêts qui sont dus par le *type en question* ne sont qu'un brouillard fugace, une fumée,.... rien du tout !!..

***

D. 722. N° 739. — Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie par un pharmacien n'ayant pas officine ouverte.

D. 726. N° 929. — Poursuites de l'exercice illégal de la médecine.

D. 737. N° 730. — Exercice illégal de la médecine par un rebouteur.

D. 763. — Exercice illégal de la médecine ; complicite d'un maire.

D. 774. — Exercice de la médecine civile par un médecin militaire.

D. 818. N° 19. — Exercice de la médecine par électricien ambulant.

D. 863. n° 107. — Recherche à propos d'abus de titres.

D. 863. N° 446. — Exercice illégal de la médecine par un « *jugeur d'eau* ».

D. 874. — Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.

D. 897. N° 562.—Exercice illégal de la médecine par un irregulier Anglais.

D. 880. N° 753. — Exercice illégal de la médecine par un étudiant.

D. 906. N° 811. — Exercice illégal de la médecine par un rebouteur.

D. 908. N° 999. — Exercice illégal de la médecine par un herboriste.

D. 936. N° 643. — Exercice illégal de la médecine par une matrone.

D. 961. N° 257. — Exercice illégal de médecine par un pharmacien.

D. 979. N° 556.— Exercice illégal de la médecine.

D. 984. N° 570. — Idem.

D. 998. — Exercice illégal de la médecine par un pharmacien.

D. 1037. N° 579. — Idem.

D. 1045. — Plainte d'une sage-femme contre la concurrence déloyale d'un médecin.

D. 1069. N° 681. — Exercice illégal de la médecine par un pharmacien modifiant les ordonnances du médecin.

D. 1071. N° 654. — Exercice illégal de la médecine par une matrone.

D. 1099. — Exercice illégal de la médecine par un pharmacien donnant des soins à des victimes du travail pour le compte d'un chef d'industrie.

***

CHAPITRE VIII.

Assistance médicale gratuite.

Notre société n'a eu, cette année, que très peu à intervenir à l'occasion de ce service public. S'il ne fonctionne pas encore partout à la satisfaction absolue de nos confrères, presque partout les conseils généraux et les préfets ont compris l'importance d'une bonne organisation de l'Assistance et le concours du médecin, acquis d'avance, a permis de faire progresser la question dans un sens favorable à tous, *médecins, indigents* et *finances départementales.*

Dans certains départements, les confrères ont saisi l'occasion de se solidariser et la formation d'un syndicat compact et homogène a été la conséquence d'une entente avec les représentants du département.

En somme, le « Sou » n'est intervenu qu'un petit nombre de fois pour défendre les droits de nos confrères compromis. Il lui a suffi, pour obtenir satisfaction, d'appeler sur le différend soulevé l'attention du directeur départemental du service pour voir les difficultés s'aplanir à la satisfaction de nos confrères.

***

D. 717. — Questions à propos du service de la médecine cantonale et de l'assistance médicale des communes.

D. 739. — Exclusion de l'assistance médicale gratuite, sans motifs avoués. *Quid ?*

D. 773. N° 597. — Protestation contre un maire qui refuse d'inscrire à son budget les dépenses pour l'assistance médicale gratuite. Intervention du « Sou medical » auprès du Directeur du service départemental, satisfaction obtenue.

D. 782. N° 431. — Assistance médicale gratuite, contestation avec le service départemental au sujet du règlement des honoraires d'un médecin.

D. 807. N°. — Contestations d'honoraires.

D. 813. N° 950. — Le maire médecin président de la commission d'assistance.

D. 815. N° 861. — Tarif de l'assistance médicale gratuite.

D. 839. N° 510. — Répartition entre les médecins d'un département du service de l'assistance médicale gratuite.

D. 907. N° 678. — Idem.

D. 928. — Idem.

D. 932. — Le service de l'assistance médicale gratuite confiée au médecin d'un département voisin, alors qu'il existe un seul docteur en médecine dans le canton, que faire pour obtenir une meilleure répartition du service ?

D. 1090. N°. 858.— Service d'assistance des enfants du premier âge, conditions de son application.

Chapitre IX.

Expertises médico-légales. — Applications des tarifs en matière criminelle ; civile ; de police ; etc. — Tarifs des honoraires médicaux.

Bien que la plupart des questions, qui nous sont adressées sur ce sujet soient réglées par des lois, des décrets et des règlements d'administration publique ayant force de lois, dans la pratique, certaines questions délicates sont soulevées, et il ne faut rien moins, pour les résoudre, que l'intervention de notre avocat conseil. Ses relations au Palais lui permettent d'aller à la source des renseignements et de prendre auprès de spécialistes autorisés la solution cherchée. Nous ne saurions trop, dans la circonstance, remercier Monsieur le Greffier en chef du tribunal de la Seine, d'avoir bien voulu nous aider de ses lumières. Auteur très compétent d'un ouvrage sur ces questions de taxes judiciaires toujours assez obscures dans l'appplication, il a pu nous donner des indications des plus utiles.

Vous savez avec quelle persistance, et avec quelle autorité notre vice-président s'est occupé de la tarification des honoraires médicaux. Notre très aimable confrère a revu et fait réimprimer son tarif raisonné des honoraires dit: tarif Jeanne. Il a fait don à notre Société des quelques bénéfices que doit produire la vente de cet intéressant opuscule qui devrait être le livre de chevet de tous nos confrères. Certes, on le dit et on le répète, la profession médicale traverse une crise ; l'encombrement en est une cause certaine. Une autre non moins certaine c'est que les médecins ne savent pas se faire payer de leurs interventions. Ceci énoncé devant le grand public pourrait paraître extrordinaire et paradoxal.

Tous les journaux, sérieux et satyriques, n'étaient remplis, ces temps derniers, que des honoraires, d'un client milliardaire, perçus par un de nos heureux confrères. Oui, il faut l'affirmer les médecins ne savent pas se faire payer. Les honoraires que nous réclamons de nos clients n'ont pas sensiblement varié depuis 40 ans, et cependant s'il fallait comparer par exemple une feuille d'imposition de 1850 avec une feuille semblable de 1904, on verrait une sensible différence. La valeur de l'argent a diminué et nous demandons presque la même somme qu'autrefois pour nos visites et nos interventions. Nous n'osons pas réclamer davantage. Nous sommes les victimes de notre esprit peu pratique. Le tarif de notre ami le Dr Jeanne vous permettra de raisonner vos réclamations et vous serez surpris, en l'appliquant, de voir, en fin d'année, vos ressources, si légitimement gagnées, s'augmenter d'une façon notable.

Pourquoi hésiter à faire ce que toutes les professions font autour de nous ? Soyons moins rêveurs, plus soucieux de nos intérêts, et remercions notre confrère de nous avoir éclairé sur nos droits et surtout sur la manière de les mettre en valeur.

Cette question du tarif des honoraires des médecins, grâce à ses efforts, va recevoir, nous l'espérons tous, une consécration officielle. A son instigation un referendum s'est fait ; toutes les sociétés médicales ont été appelées par l'Union des syndicats médicaux de France, à donner leur avis sur un tarif unique minimum, constituant le *tarif ouvrier*, celui qui est, et doit être appliquée par nous à la catégorie de nos clients les moins favorisés de la fortune, à ceux qui ne sont ni des indigents, ni des nécessiteux.

La Commission des accidents du travail du Sénat a pris bonne note de nos désirs, et lorsque nous demandions que le tarif ouvrier soit appliqué aux victimes du travail el qu'elle nous répondait: mais le tarif ouvrier n'existe pas, nous lui avons répondu en produisant notre tarif unifié.

Une fois de plus le Dr Jeanne a bien mérité de la profession médicale.

***

D. 748. N° 727. — Honoraire de l'experlise en matière de médecine légale.

D. 750. N° 540. — Honoraires de médecine légale ; droit pour le Parquet de fixer le nombre des vacations.

D. 759. N° 336. — Tarif des experts devant les juges de paix.

D. 762. — Conseil à l'occasion du tarif médico-légal.

D. 777. — Le médecin requis par un maire ; honoraires contestés ; conseils.

D. 791. N° 916. — Honoraires du médecin législe.

D. 816. N° 123. — Honoraires et frais de voyage dus aux experts devant la justice de paix : tarif du 16 février 1807.

D. 960. N° 55. — Honoraires pour autopsie après exhumation. Doivent être comprises dans cette catégorie les autopsies faites sur des cadavres ayant séjourné un certain temps dans l'eau, dans les fosses d'aisances ou dans des fumiers, etc.

***

Chapitre X.

Responsabilité civile des médecins à l'occasion de la pratique de leur art. — Diffamation. — Arbitrages.

Des faits connus de vous tous et qui ont menacé et atteint plusieurs de nos confrères à l'occasion de la pratique de notre art, vous ont certainement émus, comme ils nous ont émus nous-mêmes... Tous les médecins quels qu'ils soient, quelle que soit leur valeur professionnelle, sont à la merci de semblables responsabilités.

Le public, les parquets et les tribunaux ont une facilité bien grande à nous reprocher à faute nos insuccès. Nos tentatives pour arracher nos malades à la mort, nous font, en cas d'insuccès, encourir des responsabilités. D'après la loi, pour que notre responsabilité soit engagée, il faut qu'une faute lourde, grossière, nous soit opposée. Si le public nous réclame des dommages-intérêts pour nos interventions chirurgicales non réussies à son gré, s'il impute à faute une opération autre que celle prévue et reconnue urgente au cours de l'intervention chirurgicale, si celui qui s'est librement confié aux soins et à la conscience d'un opérateur lui réclame réparation d'un prétendu dommage, nous ne sommes plus en sécurité.

Beaucoup d'entre nous ont été sollicités de se prémunir contre ce risque en souscrivant une assurance. Presque tous ont reçu d'une Compagnie d'Assurance des propositions dans ce sens.

Au « Sou médical » nous avons pris la résolution d'assurer nous-mêmes ce risque en demandant à nos confrères le minimum de sacrifices. On vous demandera de consentir dans ce but une légère augmentation de votre cotisation annuelle.

Le *Sou par jour* sera toujours consacré à la défense professionnelle, les *2 francs supplémentaires* seront mis en réserve et constitueront la Caisse d'assurance. Comment avec un si minime sacrifice pourrons-nous arriver au résultat désiré et couvrir cet aléa si gros peut-être de la *responsabilité civile* ? Oh cela, je dois vous le dire, est encore une manifestation de la solidarité professionnelle dont la Société civile du Concours Médical nous a donné maintes fois l'enseignement et l'exemple.

Notre Société du « Sou Médical », filiale de la Société civile du Concours, trouvera dans son ascendant une caisse de garantie qui, en cas de malheur survenant à notre Caisse d'assurance, viendra en combler les vides. De même agissent les parents vis-à-vis de leurs enfants malheureux dans leurs entreprises. Espérons que cette éventualité possible ne se produira pas et bonne chance à cette nouvelle organisation de la *société civile du Concours Médical*.

***

Le « Sou Médical » est toujours prêt à intervenir entre des confrères divisés et cherche par voie d'arbitrage à faire cesser leurs différends.

Votre secrétaire général, dans cette tâche de conciliation et de règlementation de questions parfois délicates, s'emploie avec une grande ardeur ; il est heureux de vous dire que toujours il a pu arriver à amener l'entente et la réconciliation entre les adversaires de la veille

Un de nos collègues se croit lésé par notre société, nous le croyons mal fondé dans ses prétentions.

C'est l'arbitrage d'un de nos confrères, président d'un Syndicat important de province, qui viendra juger de cette question.

Il va sans dire que nous nous inclinons d'avance devant la décision qui sera prise en la circonstance.

***

D. 715. — Diffamation par article de journal.

D. 716. — Diffamation en audience publique de la justice de paix.

D. 727. — Dans les cas d'accidents du travail, le patron se décharge sur son assurance du soin de faire sa déclaration, laquelle de son côté ne veut pas en prendre l'initiative ; quelle attitude doit prendre le médecin du blessé ?

D. 733. N° 739. — Diffamation.

D. 754. N° 946. — Responsabilité de médecin à l'occasion de soins donnés.

D. 760. N° 110. — Diffamation publique et injure à un médecin à l'occasion d'un règlement d'honoraires.

D. 802. — Diffamation et détournement de clientèle.

D. 817. N° 854. — Responsabilité à l'occasion de soins donnés à une femme nouvellement accouchée.

D. 832. Responsabilité et menace d'action en dommages et intérêts pour soins donnés à l'hôpital.

D. 837. N° 173 — Diffamation par voie de la presse ; donné conseils pour se défendre.

D. 902. — Diffamation et injures.

D. 931. N° 812. — Diffamation par voie de la presse.

D. 969. La responsabilité médicale et la Cie d'assurances l' « Abeille ».

D. 983. N° 136. — Arbitrage.

D. 1004. N° 38. — Injures et propos diffamatoires ; conseils.

D. 1009. — Opposition à une nomination ; demande d'enquête sur la conduite d'un confrère.

D. 1015. — N° 53. — Diffamation par un pharmacien.

D. 1039. — Diffamation par article de journal.

D. 1054. — Arbitrage entre le « Sou Médical » et un membre de la Société.

D. 1068. — Responsabilité médicale ; certificat d'aliénation mentale.

D. 1092. — Questions à propos d'une lettre injurieuse.

D. 1100. — Demande de dommages et intérêts pour blessures. Emploi d'un topique ayant, prétend le plaignant, déterminé des accidents graves de gangrène.

***

Chapitre XI.

Secret médical. — Déontologie.

Comme nous l'avons toujours dit, les questions de déontologie sont systématiquement écartées de notre action.

La solution des questions de ce genre est l'affaire des syndicats et nous ne voulons pas intervenir dans des questions de ce genre.

Des conflits pourraient surgir que nous voulons absolument éviter ; cependant, dans certains cas particuliers, lorsque des confrères nous demandent des *conseils*, une *ligne de conduite* à tenir dans certaines circonstances bien définies, nous ne saurions refuser à des membres dévoués du « Sou » des indications qui ne peuvent que leur rendre service, et alors nous sommes dans notre rôle et le remplissons avec conscience.

***

D. 722. — Le secret médical et les Cies d'assurances.

D. 771. N° 898. — Rapports des médecins libres avec les médecins d'assurances. Sanctions.

D. 775. N° 680. — Formation de groupes de défence professionnelle ; demande de conseils.

D. 780. N° 716. - Conseils de déontologie.

D. 839. N° 525. — Le secret médical et les accidents du travail.

D. 847. N° 937. — Du secret médical dans la production et la justification d'une note contestée.

D. 861. N° 968.— Question de déontologie. Des rapports des médecins d'assurances des sociétés de secours mutuels avec les médecins libres.

D. 871. N° 591. — Protection professionnelle.

D. 963. — Répartition des clientèles.

D. 763. — Des conditions dans lesquelles un médecin, cité par un de ses clients, doit témoigner en justice.

D. 975. — Ligue des médecins libres de France.

D. 1005. N° 937. — Secret médical.

D. 1095. — Le livre de médecin et le secret médical.

***

Chapitre XII.

Divers.

C'est dans ce chapitre que nous classons toutes les affaires qui ne trouvent pas leur place sous les diverses rubriques que nous avons adoptées pour le classement en chapitres de nos nombreux dossiers. Leur variété échappe à toute description. Une énumération seule peut permettre de se rendre compte de la multiplicité des questions qui nous sont posées.

A toutes ces questions nous avons cherché à donner une réponse aussi claire, aussi précise que possible. Quelquefois nous avons été nous-mêmes fort embarrassés pour donner une solution. Dans tous les cas nous nous sommes entourés de tous documents utiles, pour répondre le mieux qu'il nous a été possible. Bien souvent, cependant, le temps nécessaire pour faire des démarches nous a manqué ; aussi certaines d'entre elles sont-elles restées sans solution, à notre grand regret.

***

D. 718. N° 403. — Les syndicats médicaux et les administrations publiques.

D. 719. N° 465. — De l'influence des intoxications générales sur la marche de la cicatrisation des plaies chez les victimes du travail. *Quid* ?

D. 720. N° 213. — Pompier blessé. *Quid* des honoraires.

D. 721. N° 213, — Nécessité d'établir un modèle de police d'assurances, ou tout ou moins de discuter les modèles qui sont soumis à notre signature.

D. 732. N° 717. — Fils majeur, célibataire, soigné et décédé chez son père. *Quid* des honoraires ?

D. 747. — Questions divers.

D. 787. N° 630. — Questions diverses.

D. 789. N° 730. — Idem.

D. 792. N° 790. — Accident causé par un chien. Le maître est-il responsable ? La Cie d'assurance conteste.

D. 795. N° 830. — Violation de domicile. Coups et blessures. Action correctionnelle. Conseils.

D. 830. N° 849. — Du fonctionnement des œuvres de prévoyance et d'assistance professionnelle.
D. 835. N° 691. — Insalubrité de l'habitation comme cause de résiliation de bail.
D. 836. N° 853. — De la récusation d'un arbitre.
D. 844. N° 685. — Insalubrité de l'habitation comme cause de résilation de bail par application de la loi sur la santé publique.
D. 864. — Question de droit privé ; formule de testament
D. 865. — Préparation et revision des statuts d'un Syndicat.
D. 879. — Conseils de déontologie.
D. 873. — Renseignements divers.
D. 878. — Indications pour la défense de confrères menacés par une municipalité.
D. 882. N° 869. — Contestation en règlement de compte avec un remplaçant. Arbitrage accepté. Solution.
D. 889. — Six questions diverses.
D. 924. — Du fonctionnarisme médical comme moyen de limiter les clientèles, empêcher l'encombrement de la profession et relever le niveau moral du médecin.
D. 930. — Difficulté avec la Cie du chemin de fer d'Orléans à l'occasion du voyage d'un congressiste se rendant au congrès de Madrid.
D. 941. — Questions relatives aux tarifs médicaux.
D. 943. — Question à propos d'une Société en liquidation pour assurer la sauvegarde des droits d'un confrère.
D. 944. — Diverses questions à propos de l'Association générale des médecins de France.
D. 951. Divers.
D. 958. — La loi sur les accidents du travail.
D. 959. — Servitude d'écoulement. Sanatoriums.
D. 962. — Loi sur la santé publique. Vaccinations préventives antidiphtériques. *Quid* des honoraires ?
D. 964. — Divers.
D. 965. — Indications pour la construction d'un hôpital. Envoi de documents.
D. 970. — Divers.
D. 994. — Proposition d'arbitrage faite à propos d'une discussion d'honoraires, par la Société des agriculteurs de France.
D. 971. — Responsabilité de l'hôpital et du bureau de bienfaisance en raison des soins donnés par les médecins attachés à ces établissements.
D. 996. — Questions diverses.
D. 997. — Idem.
D. 1012. — Idem.
D. 1025. — Poursuites d'un huissier.
D. 1026. — Divers.
D. 1041. N° 932. — Des accidents causés par un tiers. Comment fixer la responsabilité des honoraires.
D. 1059. — Un jeune étudiant en médecine demande qu'on lui indique une pension. — Donné avec plaisir cette indication.
D. 1067. — Divers.
D. 1073. — Divers.
D. 1080. — Questions posées par le Syndicat médical de R.... à propos de l'exercice illégal de la médecine par un pharmacien.
D. 1085. — Divers.
D. 1089. — Demande de renseignements.

Et maintenant, mes chers confrères, laissez-moi vous remercier, en terminant ce long rapport, de la confiance et la bienveillance que vous m'avez témoignées. C'est un dur labeur que j'ai entrepris et j'ai la perception très nette que parfois mes forces trahissent ma bonne volonté. Je vous prie donc d'excuser quelques négligences possibles, quelques retards involontaires, je suis et je reste toujours votre bien dévoué.

Dr de Grissac,
Secrétaire-général.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE

du Corps médical français

Réunion du Comité-Directeur du 13 Octobre 1904

La séance est ouverte à 9 heures 1/2 du matin.

Présents : MM. Lande, président ; Gassot, vice-président ; Delefosse, secrétaire général ; Blache, contrôleur délégué par l'Association générale ; Henri Cézilly et Jeanne ; M. Fleury, actuaire, conseil technique de la Société.

Excusés : M. Verdalle, trésorier ; M. Maurat. M. Jeanne remplace M. Maurat comme secrétaire de séance.

M. le président et M. le secrétaire général exposent successivement que la présente réunion a été provoquée afin de permettre :

1° D'examiner en temps utile les documents préparés par M. Fleury pour faire connaître les résultats et conséquences de l'inventaire décidé par l'Assemblée générale du 19 avril dernier ;

2° D'étudier les propositions à soumettre à l'Assemblée générale prochaine, et notamment le projet de statuts nouveaux préparé par MM. Delefosse et Gassot ;

3° De fixer la date de celle ci et en préparer les travaux.

M. le Dr Delefosse rappelle les démarches et études auxquelles il s'est livré avec M. Fleury en vue de la discussion d'aujourd'hui et signale les points sur lesquels celle-ci doit se préciser avec le plus de soin.

M. Fleury commente et explique les états et rapports qui ont été soumis aux membres du Comité-Directeur : il met tout particulièrement en lumière les questions signalées par M. Delefosse, légitime le choix des tables et barêmes qui ont servi de base à ses travaux, démontre comment l'insuffisance de renseignements sur la longévité médicale et le défaut de données mathématiques avaient conduit les créateurs de la Caisse à l'adoption de tarifs trop faibles pour les engagements à tenir. Il rappelle que le cas de la Caisse des pensions a été celui de toutes les Sociétés mutuelles, et que c'est précisément pour cela que la loi de 1898 leur a imposé l'obligation de se réformer à seule fin d'éviter les mécomptes inévitables pour une date plus ou moins lointaine.

Avec M. Fleury, chacun des membres du Conseil, et tout particulièrement M. le Dr Lande, discute tel détail, tel chiffre, telles bases d'appréciation et de tarification choisies.

Finalement, le Comité-Directeur, faisant un nouvel appel à la compétence et au dévouement de M. Fleury et soucieux d'apporter à la réforme toutes les garanties que peut seule donner l'autorité du spécialiste, prie M. l'actuaire de rédiger lui-même, pour l'Assemblée générale extraordinaire, le rapport définitif qui dégagera les propositions à faire aux sociétaires admis sous le régime des anciens tarifs.

Ces propositions déjà prévues par M. le Dr Gassot, mais que le rapport légitimera pleine-

ment, semblent bien devoir donner toute satisfaction aux intéressés.

Le Comité-Directeur discute ensuite le projet de statuts déjà sérieusement étudié à l'avance.

Il fixe au *lundi 21 novembre, une heure de l'après-midi, au siège social, 22, place Saint-Georges, chez M. le Dr Delefosse*, l'Assemblée générale extraordinaire prévue par l'Assemblée d'avril 1904, à laquelle seront soumises les propositions résultant de l'inventaire ; et le choix de cette date est inspiré par le désir de voir assister à la séance les sociétaires qu'auront amenés à Paris les réunions du Concours, de l'Union des Syndicats, de l'Amicale maladie, du « Sou médical ».

M. le secrétaire général est chargé d'adresser aux intéressés, avant l'Assemblée générale, tous documents sur lesquels doit s'appuyer la discussion. Il est prié de provoquer et réunir aussi à l'avance toutes propositions concernant les statuts et les améliorations à réaliser dans les détails du fonctionnement de la Société.

Après avoir remercié M. Fleury du dévouement qu'il ne cesse de mettre à notre service, M. le Dr Lande lève la séance à midi.

Le secrétaire de la séance,
Dr Jeanne.

Le secrétaire général,
Dr Delefosse.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la presse médicale française. — Réunion du 4 novembre 1904. — La quatrième réunion de l'année 1904 de l'Association de la Presse médicale française a eu lieu le vendredi 4 novembre 1904, au restaurant Marguery.

Une trentaine de membres y assistaient, sous la présidence des Syndics, MM. Lucas-Championnière, A. Robin et Delefosse.

Correspondance. — Lettre de démission de M. le Pr S. Pozzi.

Candidatures. — M. le Dr L.-G. Roy (de Paris), rédacteur en chef du journal le *Médecin* (21, rue Soufflot), est nommé membre titulaire.

M. le Dr A. Millon, rédacteur en chef de la *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie* (Paris, 65, rue St-Lazare), remplace M. Touvenaint, décédé.— M. le Dr Osmont, rédacteur de l'*Année médicale de Caen* (22, rue Jean Romain), remplace M. le Dr Marais, nommé membre honoraire.

M. le Pr Ch. Richet, fondateur, n'ayant plus de journal, devient *membre honoraire*.

Congrès international de Médecine a Lisbonne (1906.) — Après avoir pris connaissance d'une lettre du Secrétaire général du Congrès, l'Association décide de demander l'adjonction d'un certain nombre de ses membres au Comité national français qu'organise M. le Pr Brouardel, en raison du précédent relatif au Congrès de Madrid (1903).

Questions diverses. — Divers membres de l'Association ont donné des détails sur le voyage des médecins français à Londres (MM. Lucas-Championnière, Janicot, etc.), sur la dernière réunion de l'Association de la Presse médicale allemande à Breslau (M. Blondel), sur le Congrès international de la Presse à Vienne (M. Pichevin), etc.

Décisions. — L'Assemblée décide que désormais le *Conseil judiciaire* de l'Association sera prié de vouloir bien assister à toutes les réunions.

Ordre du jour. — Ordre du jour de la prochaine réunion (1er vendredi de février 1905) :

1° *Nomination de la Commission permanente d'admission pour* 1905, par voie de tirage au sort. — 2° Cabanès. *Du droit de réponse dans la Presse scientifique* (Tribunal d'arbitrage.) — 3° *Création d'un album photographique.* — 4° *Candidatures.* — 5° *Questions diverses.*

Le Secrétaire général.
Marcel Baudouin.

Deux nouvelles de famille.— Le « Concours médical » a des amis qui, les uns en vedette, les autres dans la coulisse, n'ont jamais cessé de lui rendre des services parfois ignorés de nos lecteurs, et, quand il leur arrive malheur ou simple désagrément nous voudrions pouvoir toujours leur adresser publiquement l'expression des regrets que cela nous cause.

M. le sénateur Treille vient d'être victime d'un accident de voiture qui aurait pu avoir des suites très graves. Il nous permettra de nous réjouir en apprenant que tout danger est écarté et que nous espérons même fêter à notre banquet une guérison que nous souhaitons prochaine.

La mort de M. le Dr Armand Fumouze a été un deuil pour nous. L'appui qu'il n'a cessé de donner à notre œuvre à côté des Champetier et des autres fidèles de notre publicité, nous oblige à dire qu'en lui nous perdons un ami de vingt-cinq ans, et le *Concours médical* adresse à la famille du regretté président du Tribunal de Commerce de Paris, l'hommage de sa sympathie et de sa reconnaissance. On n'oublie jamais ici les précieux appuis rencontrés aux jours de lutte.

Banquet Thiéry. — La date du banquet en l'honneur de M. Thiéry, professeur agrégé à la Faculté, primitivement fixée au mardi 15 novembre, a dû, par suite d'une circonstance imprévue, être reportée au *vendredi* 18 *novembre*, à 7 h. 1/2 du soir au Restaurant Marguery.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours complémentaire et pratique de neuropathologie commencera, sous la direction de M. Henri Claude, agrégé, avec le concours de MM. Guillain, Cartaz, Dupuy-Dubut, Alquier, Huet et Gellé, le 15 novembre 1904. Il comprendra 35 leçons. Il aura lieu tous les jours, excepté les dimanches et jours de fêtes, à 4 h. de l'après-midi, à la Salpêtrière.

Ce cours sera exclusivement pratique et s'accompagnera de présentations de malades. Des pièces anatomiques et histologiques seront mises à la disposition des élèves.

Il y aura trois séries de ces cours tous les ans. Première série : novembre et décembre ; 2e série : février et mars ; 3e série : mai et juin.

Les droits à verser sont de 50 francs.

Pour tous les renseignements, s'adresser à MM. Guillain et Alquier à la Salpêtrière.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 h. (Guichet n° 3).

— M. André Broca, agrégé, a commencé des conférences de physique médicale le mercredi 9 novembre 1904, à 3 h. (amphithéâtre de physique et de chimie de la Faculté et les continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure).

— Le Prof. Le Dentu a commencé son cours de clinique chirurgicale, le vendredi 11 novembre 1904, à 9 1/2, amphithéâtre Chomel et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Méreau, de Bellac (Haute-Vienne), Fauchey, de Saint-Vivien (Gironde), et Kinzelbach (de Paris), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année | N° 47 | 19 NOVEMBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY.

SOMMAIRE

Un Instantané du " Concours Médical "

La semaine dernière, nous étions obligés de consacrer tout un numéro à l'exposé des actes du « Sou médical ». Pourquoi ne montrerions-nous pas aujourd'hui, documents en main, quelle vie intense est donnée au *Concours médical* par les communications quotidiennes de ses lecteurs ?

On nous a beaucoup écrit pendant le mois dernier. Les uns répondaient à nos questionnaires touchant les tarifs ; d'autres se préoccupaient avec nous d'organisation de la propagande, des idées qui nous sont chères ; d'autres encore suggéraient des projets, dont on pourrait s'entretenir aux Assemblées générales prochaines.

D'ailleurs, une fois la plume en main, chacun nous développe ses préoccupations particulières.

Si bien que, débordés par la variété et l'intérêt de toutes ces lettres, nous croyons vraiment curieux d'en grouper les passages essentiels, en remerciant les dévoués lecteurs qui soulèvent dans nos colonnes les discussions d'étude, et en édifiant ainsi les indifférents sur le mouvement d'idées qu'entretient ce journal.

Qu'on ne nous fasse pas, d'ailleurs, le reproche d'imprévoyance et de gaspillage devant cette sorte de liquidation de la correspondance du mois dernier. Nous savons bien que la mine est inépuisable et qu'il suffit de l'actualité pour faire jaillir les documents et les observations personnelles.

Une des lettres, que nous publions demande même que le *Concours* consacre désormais ses trente-deux colonnes aux questions professionnelles. Ce serait chose facile, et si nous sommes résolus à ne pas le faire, c'est tout simplement parce que l'expérience et l'avis de la majorité ont absolument démontré que notre partie scientifique, rédigée comme elle l'est, répond mieux que celle des autres journaux aux nécessités de mise au point que signale le praticien. Les félicitations quotidiennes, les lettres et questions journellement adressées à MM. Huguenin, Lacroix, etc., la reproduction incessante de leurs articles dans d'autres journaux, ont depuis longtemps tranché la question sur ce point. Si donc certains de nos lecteurs désirent que nous augmentions encore la partie professionnelle, ils pourront voir, par le spécimen ci-dessous, que les documents de rédaction ne manquent pas, et que leur vœu serait facilement réalisable... mais après augmentation des ressources par inscription de nombreux abonnements nouveaux, et par scrupuleuse fidélité à prescrire suivant nos annonces. Qui veut la fin veut les moyens : on nous dispensera d'ajouter qu'il ne s'agit que de moyens honnêtes.

Maintes fois, on a posé, même après nos efforts les plus grands en tirages de propagande, cette décourageante question : « Mais qu'est-ce donc que le *Concours médical* ? » Jusqu'ici la réponse fut confiée à la rédaction.

Aujourd'hui, celle-ci passe le tour aux sociétaires eux-mêmes disséminés un peu partout. Cette voix puissante, ou plutôt cette masse chorale, aura toute chance d'être entendue.

Extraits de lettres concernant la propagande.

C'est sur cette partie de la tâche commune que s'affirme le plus couramment l'activité de nos correspondants.

B... (Orne), 19 oct. 1901.

Mon cher confrère,

Je m'empresse de vous adresser le procès-verbal de la réunion du Syndicat, et une liste de

confrères qu'il faudrait rallier à nos idées par le journal.

J'ai regretté de ne pas vous rencontrer à l'Assemblée du « Caducée », mais je ne vous manquerai pas à nos Assemblées du 20 novembre.

Agréez, etc...

D. (Var), 18 octobre.

Mon cher confrère,

Sur l'initiative de quelques-uns d'entre nous, nous avons convoqué pour mardi prochain 25 courant, en une réunion générale, tous les confrères des arrondissements de Brignoles et de Draguignan, dans le but de fonder un *Syndicat médical, syndicat basé sur les idées que vous défendez.*

Après cette réunion, je verrai quels sont les confrères susceptibles de partager nos opinions et je m'empresserai de vous envoyer une liste aussi complète que possible de ceux que vous devriez prêcher constamment.

D'ailleurs, je compte aller à Paris dans les premiers jours de novembre et je me ferai un vrai plaisir d'aller vous saluer au Concours, ou mieux encore d'assister aux Assemblées générales.

Dr C.

L. L., oct. 1904.

Mon cher confrère,

Vous pourriez peut-être adresser de temps en temps un exemplaire de votre journal aux internes de l'hôpital de X. Je pense qu'on gagne beaucoup à connaître votre organisation avant de se lancer dans la carrière médicale.

Il y a quelque temps vous avez agité dans le *Concours* la question de la responsabilité civile du médecin, et de sa garantie par une assurance ; je vous avoue que j'en suis assez partisan, étant moi-même assuré ; comme vous le dites souvent, nous n'avons guère en ce moment les bonnes grâces de la justice et le public est de plus en plus porté à attaquer le médecin en dommages et intérêts lorsque les choses tournent mal.

Je ne sais si vous connaissez déjà l'organisation de l'Assistance médicale dans notre département : elle est entièrement à l'encontre de nos intérêts. Nous touchons 1 fr. par indigent inscrit sur la liste d'assistance, et ce pour une année entière : personnellement, je délivre en moyenne 400 ordonnances pour toucher 150 fr. ! ! ! un peu moins de 0 fr. 40 par ordonnance (consultation, visite ou voyage, quelquefois à 10 km. du domicile ou la nuit), avec cela pas de tarif chirurgical.

Le service de la vaccine a été organisé cette année ; le tarif est le suivant : 0 fr. 50 par vaccination, vaccin à la charge du médecin ; très rémunérateur comme vous voyez.

A la session d'août du Conseil général, un conseiller de l'opposition avait proposé de supprimer les circonscriptions cantonales pour les indigents et de laisser à ces derniers le choix du médecin : c'était déjà quelque chose, bien qu'on ne demandât pas d'augmentation de tarif. Vous ne croiriez pas que tous les médecins faisant partie du conseil général ont repoussé cette proposition trouvant l'état de choses satisfaisant ! !

Comme vous voyez, il y a beaucoup à faire dans ce département pour la défense de nos intérêts.

En attendant le plaisir de lire dans le *Concours* vos toujours bons articles de défense professionnelle, je puis vous assurer de tout mon dévouement à votre cause et vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes bien dévoués sentiments.

Dr O.

S.., 7 octobre 1904.

Mon cher confrère,

Voici quelques noms qui pourront peut-être vous servir pour votre propagande. J'ai mis une croix devant les noms des confrères plus connus de mo comme étant plus convaincus de nos idées professionnelles.

En général, une apathie profonde caractérise ici notre profession. Quelques plaintes, quelques jérémiades, et pas d'entente pour une action commune.

Je suis secrétaire de notre Société locale. Il n'y a qu'une réunion par an et il ne vient pas plus de 4 ou 5 membres, *toujours les mêmes.*

Je parle toujours de l'œuvre du Concours médical et de ses bienfaits, mais j'ai de plus en plus la sensation que je prêche dans le désert.

Les confrères âgés, dont la situation est bien établie, paraissent avoir peu de souci de nos œuvres de défense. Les jeunes — dont je suis encore hélas ! — ne veulent pas comprendre. Peut-être craignent-ils quelque entrave dans cette chasse à courre du client, à laquelle ils s'adonnent ; et ils rejettent bien loin toute idée de syndicat. Où devrait exister « *l'union pour la vie* » ils établissent « *la lutte pour la vie* » dans toutes ses vilenies.

Pardonnez-moi ces quelques réflexions, que je vous transmets *confidentiellement*, et croyez à mes sentiments toujours bien dévoués.

Dr X.

T.., 8 octobre 1901.

Mon cher confrère,

Je profite de cette demande de renseignements pour vous signaler une remarque.

Tous les membres du « Concours » que je connais et moi-même, *tous*, sont unanimes à regretter que le *Concours* publie des articles médicaux. Elagué de cette surcharge, il pourrait développer les réponses qu'on a bien de la peine à chercher de page en page dans ses marges ; — il pourrait s'étendre davantage sur les questions professionnelles, sur les litiges et jugements consécutifs, etc. Ce serait en un mot un journal d'intérêts médicaux *exclusivement.* — (R. — Il manquerait à son programme).

Qu'à la rigueur un bulletin d'une page au plus résume sans développement quelques nouveautés. — (R.—Ce ne serait pas de la mise au point).

Ne pourrait-on sur ce point organiser un referendum de tous les abonnés ?— (R.—Il a été fait chaque année dans les conversations de l'Assemblée générale).

Le développement de la presse médicale bon marché (*Presse médicale, Journal des Praticiens*, etc., etc.), est tel que tout médecin trouve ailleurs *tout* ce qu'il peut trouver dans le *Concours au point de vue scientifique.* Nous demandons au *Concours* d'être autre chose.

Je vous répète que cette manière de voir est très loin de m'être personnelle et vous prie, mon cher confrère, d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Dr F.-F.

St-F., 5 octobre.

Tous ces noms sont ceux de confrères amis d'une trentaine d'années environ. J'ai moi-même parlé à plusieurs d'entre eux des œuvres du « Concours ». Permettez-moi de vous dire qu'il serait bon d'envoyer à ces confrères la liste des membres de l'Association amicale. Ils verraient (et ce serait un encouragement) que les départements de Maine-et-Loire et de la Loire-Inférieure y comptent de nombreux adhérents. Il y a beaucoup de confrères (quelle sottise !) qui ne marchent pas parce que le « Concours » manque de noms de pontifes de Paris ou de province. C'est idiot ! si ceux-là donnaient l'exemple ! ! !

Veuillez agréer, etc.

Dr M.

R..., le 18 octobre 1904.

Mon cher confrère,

C'est pour moi un véritable plaisir que de vous envoyer ci-joint le nom de ceux de mes collègues

qui, *tout au moins en théorie*, sont convaincus de l'immense avantage qu'il y a pour les médecins de se prêter mutuellement aide et appui.

Pour mon compte, je suis de plus en plus persuadé que le Concours rend d'immenses services et qu'il est appelé à en rendre encore davantage ; je serai trop heureux si je puis contribuer tant soit peu à son développement.

Veuillez agréer, etc. Dr L. G.

R..., le 15 octobre.

J'estime que, dans les grandes villes, l'action du Concours médical doit s'adresser à tous les médecins sans exception. Le Concours médical ne doit pas viser tel ou tel médecin : il doit chercher à gagner à sa cause tous les médecins d'une grande cité, et, pour cela, frapper sans cesse et toujours à leur porte. Tous les trois ou quatre mois, le Concours médical devrait adresser à chacun des médecins d'une grande ville une circulaire où il ferait connaître ses actes et ses œuvres. Il devrait également établir un programme de défense professionnelle. Ce programme qui, en réalité, n'existe encore qu'à l'état latent, serait adressé à l'Association des médecins de chaque département, et cette Association chercherait à convaincre ses membres de l'utilité et de la nécessité d'agir. L'Association conserverait son indépendance entière vis-à-vis du Concours. Dr C.

N. D. L. R. — Cette lettre vient de la même grande ville que la précédente. Le Concours s'adresse à tout le monde. Ce n'est pas sa faute si, organe de la masse, il trouve parfois *froide mine* chez les *arrivés* ou les *arrivistes* dont il critique ou traverse les projets. Il serait en effet très sage que l'A. G. recommandât les études faites par le Concours : cela viendra. Quant au programme de défense, il est rédigé depuis longtemps.

T..., le 18 octobre 1904.

Mon cher confrère,

Je me fais toujours un devoir de propager toutes les œuvres du Concours. Je n'ai rien tant à cœur que le succès et la prospérité des syndicats médicaux : je crois que l'on devrait créer des *Commandements de la Médecine*, commandements qui seraient imprimés, chaque fois, en tête de votre journal, en vedette — qui seraient même envoyés fréquemment à tous les médecins pour leur rappeler les devoirs d'union et de bonne fraternité. Ils seraient faits sous forme d'aphorisme et résumeraient le code de déontologie. Le premier à mettre en tête serait : Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'il te fût fait à toi-même. Il pourrait peut-être même convenir à lui seul.

Veuillez agréer,

Dr V. D.

St-G..., 20 octobre 1904.

Mon cher confrère,

Je vous envoie ci-jointe la liste des confrères à convertir dans ma région.

J'ai fait deux nomenclatures : la première, *A*, comprend surtout de jeunes confrères, animés de bonnes intentions et chez qui la propagande peut être suivie de succès.

La seconde, *B*, se compose de confrères plus anciens ayant une situation politique et réfractaires aux idées de la plus élémentaire défense (sauf parfois la défense républicaine !).

Le confrère *souligné* est celui qui, chargé des rapports concernant la profession, au Conseil général, nous a gratifiés de tarifs dérisoires pour les services médicaux : Assistance — Vaccination — Hygiène.

Un confrère de mes amis m'a déclaré que ce conseiller général avait son siège fait et qu'il était inutile de compter sur lui. En général, ces MM. de la 2e catégorie ont le plus grand soin des finances départementales, jusqu'à compromettre leurs propres finances. Ils s'éteindront par élimination, vu leur ancienneté.

Nous sommes en train d'organiser pour l'arrondissement de B.... un syndicat qui, je l'espère, nous rendra service vis-à-vis des collectivités.

Je saisis cette occasion pour offrir à nos confrères de la direction du Concours mes remerciements pour leur dévouement et je vous prie d'agréer, mon cher confrère, mes meilleurs et respectueux sentiments.

A...., 9 octobre.

Mon cher Confrère,

Je vous envoie les noms des confrères qui m'ont paru admettre le plus facilement la création d'un Syndicat médical dans l'Aube, où toutes les tentatives faites jusqu'à présent avaient échoué. Réussirons-nous cette fois ? Je l'espère. En tout cas il est fondé et j'ai réuni 73 adhésions. C'est bien beau, un peu trop beau même, car il y a forcément des très tièdes dans ce nombre et votre prédication les réchaufferait. Nous avons déjà obtenu quelques avantages de notre groupement et cela nous encouragera.

Voudrez-vous m'envoyer un exemplaire des « Médecins et de la mutualité » du Dr Darin. Ci-joint des timbres en paiement.

Veuillez agréer.

Dr M.

N.., 22 octobre 1904.

Le docteur G. B. présente ses amitiés confraternelles au « Concours » et lui exprime l'assurance de son dévouement à la cause qu'il défend. Il vous envoie la liste de confrères qu'il connaît généreux et dévoués : si tous ne répondent pas à votre appel, c'est grâce à l'état d'esprit du milieu.

N. est restée la ville du XVIIe siècle, catholiques et protestants, cantonnés réciproquement en politique. Tous les confrères sont placés, souvent malgré eux, dans un clan, par la population. Le syndicat qui veut être régional est sous l'influence des uns et contraire à l'administration. L'esprit de solidarité sera inculqué aux confrères par les exemples de l'extérieur. Salus et vale.

Dr B.

L.-H., 15 octobre.

A mon humble avis, le meilleur procédé pour la propagation de notre œuvre serait de trouver un conférencier s'imposant par sa situation et son âge, qui ferait plus dans une causerie de quelques minutes, lors d'une réunion du Syndicat, que l'envoi du journal répété pendant plusieurs mois.

Veuillez agréer, etc.

B., le 19 octobre 1904.

Le Syndicat vous est reconnaissant de la propagande que vous voulez bien faire auprès des médecins, propagande qui est toute en faveur des idées que nous professons. Aussi est-ce surtout la liste des jeunes confrères non encore syndiqués, des hésitants et même des réfractaires que je vous adresse. Je serais très heureux si je pouvais amener quelques adeptes, car ce serait autant de confrères ralliés à l'esprit syndical.

Recevez, Monsieur et cher Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr J. S.,

Secrétaire du Syndicat Médical de la région de Bourg (Ain).

Un type de... confrère à convertir.

« Pour ce dernier, je crois que si on peut le ramener à des sentiments confraternels on aura bien

*

travaillé, car c'est le médecin le plus mauvais confrère qu'on puisse rêver, prenant les clients par tous les moyens, même les plus malhonnêtes, refusant toutes consultations d'un confrère, et allant voir les malades en traitement en l'absence du médecin traitant. Si le malade est pour ainsi dire perdu, il prétend que si on l'avait appelé plus tôt, il l'aurait guéri, mais que maintenant c'est trop tard. Si on avait fait ceci, *si* on n'avait pas fait cela, et patati et patata ; bref, il éreinte le confrère qui ne peut se défendre et démontrer l'inanité de ses dires. Si, au contraire, il voit que le malade est en bonne voie de guérison ou que la maladie n'offre aucune gravité, alors il change la médication et dit : « Vous avez bien fait de m'appeler, si vous aviez continué, vous perdiez votre malade ; mais je vais changer tout ça et ça ira bien». Quelquefois, c'est tout le contraire qui a lieu, et le malade en voie de guérison, redevient très mal par le changement de médication. Pour les honoraires, il les a réduits à un taux ridicule, jusqu'à moins de 0 fr. 50. Quand il remplace un confrère absent et qu'on va le payer, il demande toujours bien moins que n'aurait demandé le confrère. Ainsi si le confrère prend habituellement 3 fr. il demandera 1 fr. 50 ; s'il en prend 2, il se contentera de la moitié en faisant ressortir qu'il est moins cher. Pour certains, comme il veut ne pas faire voir qu'il abaisse par trop le prix de la visite, il dit vous avez 32 visites, et bien mettons 20 fr. Il est vrai qu'il fait bien des visites inutilement, et pour un simple panaris, il ira voir 27 fois le malade.

« Pour les sociétaires qui nous partagent 2 fr. par an au prorata des visites, il fait un nombre énorme de visites et la plupart inutiles, même sur les feuilles de visites, il en marque un assez grand nombre qu'il n'a pas faites. Comme vous le voyez, ce n'est pas un confrère et si la lecture de votre journal pouvait le ramener, vous auriez rendu un grand service au corps médical qu'il dépare par trop. Il est garçon, fortuné, et ça lui est égal de ne rien gagner pourvu qu'il empêche les autres médecins de vivre. Je vous demande pardon de cette longue lettre, mais je vous l'écris pour vous montrer un exemple que peut-être vous n'avez jamais rencontré et dont on ne peut même soupçonner l'existence. »

D^r X.

N. D. L. R. — Illusion, cher confrère. Ce type est malheureusement plus commun que vous ne pensez. — Ne vous étonnez pas si quelque jour, ayant ainsi payé d'avance bon nombre de suffrages, il monte avec succès sur les tréteaux politiques. Nous doutons fort de la conversion : il n'est pire sourd que celui qui ne veut pas entendre.

B....., 17 octobre.

Nous possédons dans ce département une petite société de médecine, qui n'a nulle personnalité civile et ne peut fonctionner pratiquement que comme société savante. Je m'occupe de fonder à l'heure actuelle un syndicat. Je vous adresse les noms des confrères qui ont répondu dans le même sens que moi.

Par la même occasion, je vous serai reconnaissant de m'adresser ou me faire savoir où je pourrai trouver *les statuts types pour syndicat médical*, qui, avec les petites variantes régionales obligatoires, pourraient s'adapter au nôtre. Je vous en serai très obligé.

C'est dur de remuer les confrères. Il en reste quinze, sur cent dix-huit, dont j'attends la réponse et auxquels j'ai envoyé hier pour la *quatrième* fois, un questionnaire avec enveloppe timbrée. Je me demande à quoi tient cette inertie en matière d'affaires. Nous devrions vraiment, avant d'entrer dans la carrière, faire le fameux stage médical, non pas chez un praticien vieilli sous le harnois, et par conséquent, aussi désintéressé et ignorant de ses intérêts que tout ou presque tout le corps médical actuel, mais simplement chez un vulgaire épicier. Nous en sortirions sachant calculer et sachant défendre notre toison et notre peau que tous tondent et écorchent. C'est une boutade que je lâche là, mais elle comporte un grand fonds de vérité, je crois.

Cordialement à vous.

D^r S.

Les questions de tarifs d'honoraires.

Nos lecteurs se souviennent de l'émotion que leur causa la proposition de notre Rédacteur en chef au sujet de la détermination de l'indemnité kilométrique à inscrire dans le *Tarif ouvrier des Syndicats médicaux*. Il fallait obtenir, coûte que coûte, des réponses précises sur ce point et elles n'arrivaient pas. L'allure paradoxale et subversive du projet les fit surgir.

Nous ne pouvons pas publier toutes les réfutations étudiées qui constituèrent la volée de bois vert dont M. le Dr Jeanne accusa réception avec bonne humeur. Celle qui suit donnera une idée exacte de la bonne volonté et de l'esprit consciencieux qui dicta ces réponses.

L'indemnité kilométrique décroissante.

Dinan, le 5 octobre 1904.

Monsieur le Directeur,

Dans le n° 39 du *Concours Médical* (24 sept.), vous avez publié un article intitulé: « *Encore un referendum. La revision de l'indemnité de déplacement du médecin* », dans lequel vous avez proposé pour les visites faites à la campagne un tarif décroissant ; et après avoir développé les arguments qui vous semblent de nature à le justifier, vous avez invité les lecteurs du *Concours* à critiquer votre projet. Après avoir lu et relu avec toute l'attention qu'il mérite l'exposé de ce projet, je réponds à votre appel.

Le corps médical doit-il adopter pour les visites faites à la campagne un tarif proportionnel ou un tarif décroissant par rapport à la distance kilométrique. Pour résoudre cette question, il faut, à mon avis, tenir compte de deux éléments : d'une part, le temps que nous consacrons à ces visites, d'autre part les frais de déplacement. A la rigueur, nous pourrions, par humanité, et surtout dans les mois de l'été et de l'automne où nous sommes le moins occupés, sacrifier une partie de notre temps en faveur des habitants des campagnes dont beaucoup sont peu fortunés, et qui tous ont droit à notre bienveillante sympathie : pourrions-nous de même faire abstraction d'une bonne partie de nos frais de transport. Je ne le pense pas. Quoi qu'il en soit, la question des frais de déplacement mérite d'être examinée avec une sérieuse attention.

Un certain nombre de médecins habitant des villes d'une certaine importance, n'ont pas de voiture, il en est ainsi à Dinan et dans quelques villes de notre région, et les médecins doivent donc, pour répondre à l'appel de leurs clients de la campagne, s'adresser à un loueur. Or, les loueurs de Dinan, avec lesquels nous avons fait des conditions pour leur prendre habituellement des voitures, nous comptent ces voitures à raison de 0 fr. 50 (le kilomètre parcouru à l'aller et au retour. Une visite à 12 kilomètres nous coûtera donc 6 francs. Si nous y ajoutons le pourboire obligatoire au garçon, la course de 12 km. nous reviendra donc à 6 fr. 50, (et elle nous aura pris environ 3 heures de notre temps). Nous devrons, en outre, tenir compte qu'un certain nombre de ces visites à la campagne ne nous seront jamais payées, tandis que nous serons certains d'avoir à payer notre voiturier. Nous serait-il donc possible, dans ces conditions, de faire payer 5 à 6 francs seulement une visite à 12 km., suivant le tarif proposé.

Mais objectera-on, beaucoup de médecins, la plu-

part même, ont une voiture et un ou deux, voire même trois chevaux, et partant ils n'auront pas de louages à payer. D'accord, mais l'entretien de ces voitures et de ces chevaux leur coûte aussi cher que les louages : je le sais par expérience. D'ailleurs, les accidents arrivés aux chevaux et aux voitures, les réparations des voitures, les maladies des chevaux, n'obligeront-ils pas à recourir de temps à autre aux loueurs ?

Certains confrères ont des automobiles. Je le sais, mais ce n'est un mystère pour personne que leur entretien revient plus cher que celui des chevaux et des voitures.

Un très grand nombre de confrères font de la bicyclette ! et ce mode de transport est à la fois économique et rapide. Oui, mais tous les médecins ne peuvent pas l'adopter ; les confrères infirmes ou âgés, et puis ceux qui n'en ont pas le goût, et je n'imagine pas que personne ait la prétention de l'imposer à tous, afin que tous puissent faire la médecine de campagne suivant un tarif décroissant. En outre, la bicyclette, la motocyclette, l'automobile, ne peuvent être utilisées en général ni la nuit, ni dans les mauvais chemins pendant une grande partie de la saison d'hiver, ni dans les pays de montagne. La nuit donc, et même le jour pendant la mauvaise saison, les confrères faisant de la bicyclette ou de l'automobile se voient dans l'obligation ou d'avoir une voiture ou de recourir au loueur.

On dira aussi : le médecin peut faire ses courses à la campagne en chemin de fer ou en tramway, ce qui est économique. Oui, dans certains pays suffisamment pourvus de ces moyens de transport ; mais dans beaucoup de régions, comme dans la nôtre, les médecins n'ont à leur disposition ni chemins de fer ni tramways, ou bien ils ne peuvent les utiliser en raison du petit nombre de trains ou des horaires défectueux.

Enfin, comme l'a dit un conseiller général, à propos de l'assistance médicale gratuite, les médecins peuvent faire leurs visites à la campagne à pied. La chose est possible si la distance est courte, et si nous avons du temps à perdre ; mais, dans le cas contraire, il n'y faut pas penser. D'ailleurs, le mode de transport ne doit pas entrer en considération dans la fixation du prix de nos visites, car, si une course à pied nous évite des frais de déplacement elle nous fait perdre du temps, un temps souvent précieux pendant lequel nous manquerons des clients qui n'auront pas eu la patience d'attendre notre retour.

En me basant sur les deux éléments fondamentaux d'appréciation indiqués plus haut, temps consacré aux visites et frais de déplacement, j'estime donc qu'un tarif kilométrique décroissant est absolument inacceptable. D'ailleurs, tous les codes de déontologie sont unanimes à proclamer que le médecin doit retirer de ses soins une juste rémunération, laquelle doit être en rapport avec les services rendus à ses clients. Et les services rendus ne sont-ils pas proportionnels tout à la fois et au temps que nous prenons sur nos loisirs, sur notre repos même pour le consacrer au soulagement des misères d'autrui, et aux frais que nous occasionnent nos visites. C'est l'évidence même. Et comment admettre qu'une visite à 12 kilomètres, longue et onéreuse, ne soit pas sensiblement payée plus cher qu'une visite à 3 ou 4 kilomètres seulement, laquelle ne nous demandera que peu de temps, et ne nous occasionnera que peu ou pas de frais de déplacement ? Personne jusqu'ici ne l'a prétendu, et les conseils généraux eux-mêmes, si peu prodigues à l'égard du corps médical, ne nous ont jamais, la grande majorité tout au moins, proposé des tarifs décroissants dans l'organisation de l'Assistance médicale. Celui des Côtes-du-Nord en a pourtant bien eu la velléité, mais devant la réprobation unanime des médecins syndiqués du département, il a renoncé à son projet. Dans les Côtes-du-Nord la grande majorité des praticiens est donc absolument hostile à l'établissement d'un tarif décroissant.

J'arrive maintenant à l'examen des avantages prétendus que vous reconnaissez à un tarif décroissant.

1° Un tarif décroissant permettrait de différencier le prix de la consultation au cabinet du prix de la visite dans la résidence du médecin. Assurément ; mais cette différenciation n'est-elle pas tout aussi facile avec un tarif proportionnel. J'en donnerai comme exemple ce qui se passe à Dinan, où nous avons un tarif proportionnel : un ouvrier paie la consultation au cabinet 1 fr., la visite en ville 1 fr. 50 et la visite à la campagne 5 francs la lieue. D'autre part est-il bien nécessaire que le prix de la visite dans la résidence du médecin soit plus élevé que celui de la consultation au cabinet ? Beaucoup de bons esprits ne le pensent pas, et dans leur excellent Code de déontologie, publié par la *Revue de déontologie*, MM. Dignat, Glover, Legendre, Lepage et Lereboullet déclarent que, d'une façon générale, le taux des honoraires doit être le même, qu'il s'agisse d'une consultation ou d'une visite.

2° La perte subie dans les visites éloignées serait largement compensée par une majoration dans le prix des visites faites à moins d'une lieue (et c'est dans le rayon d'une lieue que nous trouvons la majorité de nos clients).

Mais cette majoration serait-elle possible ! Peut-être en certaines régions, mais pas assurément dans la région dinannaise, car si nous augmentions les prix pour les petites distances dans le sens que vous l'indiquez, nous nous heurterions à une résistance invincible.

Et même, en supposant admise cette majoration, serait-elle suffisamment compensatrice, comme vous le pensez ? Certainement non, dans la région dinannaise tout au moins et même dans une région quelconque, j'en ai la conviction, car en élevant sensiblement nos prix dans le rayon d'une lieue, nous verrions diminuer considérablement le nombre de nos visites.

Qu'est-ce, en effet, qui fait que les habitants de la campagne voisins de nous nous appellent un peu plus souvent que les habitants plus éloignés ? Le bas prix des visites que nous leur faisons, et pas autre chose; vouloir les faire payer sensiblement plus cher, ce serait chercher la diminution du nombre de nos visites, et la compensation désirée ne serait pas obtenue.

Vous dites que la majoration dans le prix des visites faites à moins d'une lieue serait équitable parce que nous ne reculerions pas devant les seuls frais de la voiture qui nous serait nécessaire pour les visites à nos clients rapprochés, lesquels sont suffisamment à notre portée pour bénéficier de toute notre sollicitude, de toute notre bienveillance. Cet argument me semble sans portée, car quel est le praticien qui pourrait hésiter à se procurer un véhicule quelconque, voiture ou autre, lui permettant de répondre à tout appel de la clientèle éloignée ou rapprochée, de la faire bénéficier de toute sa sollicitude et de toute sa vigilance ? Ce praticien me semble un mythe. Je ne connais pas, en effet, de médecin qui ne possède un véhicule quelconque, voiture, bicyclette, motocyclette ou automobile, ou bien n'en ait un sous la main, qu'il puisse se procurer à première réquisition.

Je dirai même que si un tarif pouvait contribuer à décider un médecin à faire l'acquisition d'une voiture, ce ne serait pas un tarif décroissant, mais bien un tarif proportionnel. Je suppose, en effet, adopté un tarif décroissant. Si, comme vous le dites, le médecin a la majorité de ses visites dans le rayon d'une lieue, visites bien payées, et des visites plus rares au loin, peu rémunérées, il pourra très souvent faire à pied les visites rapprochées, et pour les visites peu nombreuses au loin, des louages seront beaucoup moins coûteux que l'entretien d'une voiture, d'un cheval et d'un garçon avec tous les accessoires. Que le tarif des visites à plus d'une lieue soit au contrai-

re proportionnel à la distance kilométrique ; les frais de déplacement s'élèvent, deviennent rémunérateurs, et l'acquisition d'une voiture s'impose.

3° Un tarif décroissant mettrait la médecine et les progrès de l'hygiène à la portée des habitants des campagnes éloignées. Les clients éloignés, soignés au rabais, nous appelleraient plus souvent et bénéficieraient davantage de notre science et de notre dévouement. Erreur. Les paysans en général, mais principalement ceux qui habitent loin des villes, n'appellent le médecin qu'en dernier lieu, après avoir consulté la « bonne sœur », la dame du château, l'herboriste, le pharmacien, le rebouteur, la somnambule, qu'après avoir traité leur malade pour les dents, la crue, les vers, le carreau, que sais-je ? ou bien après l'avoir purgé, lui avoir mis des sangsues, des vésicatoires ; ils ne nous manderont auprès d'une femme en couches que si le travail traîne en longueur d'une façon excessive, ou bien que si la matrone ne peut venir à bout d'une hémorrhagie, d'une rétention placentaire ou d'une présentation vicieuse. Voilà dans quelles circonstances on nous appelle à la campagne. Et vous pensez que si le prix des visites comprises entre une et trois lieues était considérablement abaissé, nous serions demandés beaucoup plus souvent par les habitants des campagnes. Non, certainement non. Les paysans seraient enchantés de la baisse des prix, mais ils ne nous appelleraient pas une fois de plus dans le courant d'une maladie.

Le tarif décroissant serait même en opposition directe avec l'intérêt bien entendu des ruraux. J'admets que ce tarif soit établi. Les médecins vont-ils se hâter de courir aux malades éloignés ? S'ils ne sont pas occupés et si les chemins ne sont pas trop désagréables, ils n'hésiteront pas. Mais qu'ils soient appelés simultanément par des clients rapprochés et par des clients éloignés, payant à peu de chose près le même prix par visite : iront-ils en premier lieu aux clients du près ou aux clients du loin ? Leur choix sera vite fait ; inévitablement, ils se rendront d'abord auprès des clients rapprochés et ce n'est qu'ensuite, après avoir fait toutes leurs visites dans un rayon peu éloigné, qu'ils penseront à visiter les malades du loin. Ceci est fatal et les clients éloignés en faveur desquels nous aurions consenti de véritables sacrifices de temps et d'argent seraient eux-mêmes victimes du bas prix de nos visites.

Vous dites enfin que le tarif décroissant faciliterait la création de nouveaux postes médicaux dans les campagnes déshéritées et la limitation des clientèles. Pour moi, je crois tout le contraire. Voici un malade résidant à 10 ou 12 km. d'un médecin, à 5 km. seulement d'un autre. Lequel appellera-t-il. Si les deux médecins lui demandent à peu près le même prix par visite il sera hésitant et pour peu que la vogue, les relations, la politique interviennent, il mandera tout aussi bien le praticien éloigné que le plus rapproché. Que le confrère éloigné lui demande au contraire 10 à 15 francs par visite, alors que le médecin le plus proche se contente de 3 francs, le malade sans hésitation appellera celui-ci.

Cette concurrence au rabais irait donc, à mon avis, directement contre le but que vous vous proposez. Un jeune médecin a l'intention de se fixer dans une bourgade jusqu'ici dépourvue de médecin. S'il a la certitude que les médecins qui auparavant rayonnaient dans cette localité, n'y viendront pas faire de visites à prix réduits, il n'hésitera pas à s'y fixer ; dans le cas contraire, redoutant, et avec juste raison, leur concurrence, d'autant plus à craindre qu'elle aura pour adjuvant une situation acquise, il sera fort indécis et sera tenté de chercher ailleurs.

Rien cependant de plus désirable que la décentralisation de la médecine au profit des campagnes. Mais n'est-ce pas aux intéressés eux-mêmes, aux habitants des campagnes, ou à défaut aux pouvoirs publics, qu'incombe le soin d'attirer dans les campagnes de jeunes médecins par l'offre d'avantages matériels ? Pourquoi les conseils municipaux des communes un peu importantes, ou des groupes de communes, pourquoi, au besoin, les conseils généraux ne voteraient-ils des allocations annuelles aux jeunes médecins qui créeraient des postes nouveaux ? Mais, au point de vue de leur santé, les ruraux sont d'une insouciance inqualifiable. Qu'on me permette d'en citer un exemple qui me semble suggestif. Une jeune sage-femme en quête d'un poste à créer, se présente dans une commune de 2600 âmes de l'arrondissement de Dinan, ne possédant ni médecin, ni sage-femme, et éloignée de plusieurs lieues des médecins les plus rapprochés. Elle demande au maire une subvention pour ses premiers frais d'établissement. Le maire l'éconduit en disant que la commune n'a pas besoin de sage-femme, les matrones du pays suffisant parfaitement aux femmes de ses administrés.

Si donc les ruraux n'apprécient pas davantage les soins médicaux, pourquoi donc vouloir nous astreindre à faire des sacrifices considérables de temps et d'argent pour leur procurer des soins à prix réduits. Je suis d'avis que nous soignions tous nos clients de la ville ou de la campagne avec la même sollicitude et le même dévouement, ceci est élémentaire, mais aussi que nous leur demandions à tous une juste rémunération de nos soins, et que cette rémunération soit basée d'une façon générale sur la distance kilométrique. Donc pas de tarif décroissant, mais un tarif kilométrique en rapport avec les distances parcourues et les difficultés de la route : là est la justice et l'équité.

Je me demande, en terminant, s'il est possible d'établir pour les soins médicaux un tarif unique applicable dans toute la France. Je ne le crois pas. Les conditions de l'exercice de la médecine sont si différentes dans les villes et dans les campagnes, dans les différentes régions de la France, et, pour les mêmes régions, dans les pays de plaine et dans les pays de montagne, que la chose me semble irréalisable. Jusqu'à preuve du contraire, je ne puis admettre que les médecins des diverses régions de la France puissent établir, ni surtout mettre en pratique un tarif unique. Et pourtant je ne vois rien de plus désirable qu'une entente parfaite entre les médecins. Mais ce qui est irréalisable pour un pays aussi étendu que la France, ne l'est pas dans une région. A mon avis, les médecins de chaque région doivent s'entendre pour établir des tarifs régionaux. Ces tarifs doivent être rédigés par les syndicats, lesquels, pour être efficaces et vraiment utiles. doivent comprendre une région peu étendue, un arrondissement tout au plus. Des syndicats étendus à tout un département me semblent forcément voués à l'impuissance ou à l'inaction. Je dis donc que les syndicats doivent rédiger des tarifs régionaux, détaillés et bien étudiés, et que tout médecin ayant souci de ses intérêts et de sa dignité doit adhérer au Syndicat de sa région et en appliquer strictement le tarif.

Il serait même à désirer que, en dehors des assemblées syndicales, les médecins exerçant dans une même localité, s'entendissent tous entre eux pour fixer les prix des consultations, des visites et des opérations dans leur résidence et dans tous les villages de leur circonscription, et qu'ils se réunissent aussi souvent que besoin pour examiner les difficultés qui peuvent surgir et adopter les modifications qui sembleraient nécessaires. C'est ce que nous avons fait à Dinan. Sur les 10 médecins exerçant ici, nous nous sommes entendus à 9 pour adopter un tarif minimum, régularisant et relevant le taux de nos honoraires. Tous les 3 mois, nous nous réunissons pour échanger nos impressions et faire les additions ou modifications que nous jugeons utiles. Cette façon de faire nous donne des résultats excellents. Je ne saurai trop engager les confrères exerçant dans une même localité à s'entendre entre eux, comme nous l'avons fait à Dinan : leurs intérêts et leurs relations de bonne confraternité n'auront qu'à y gagner.

Telles sont, Monsieur le directeur, les réflexions que m'a suggérées l'exposé de votre projet. Je vous

prie d'excuser la longueur de cette étude, mais les développements dans lesquels je suis entré m'ont paru nécessaires pour bien exprimer toute ma pensée.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr Haquin.
Dinan.

11, rue de la Lamérie.

Questions diverses d'intérêt professionnel.

Si variés sont les sujets de ces communications que nous sommes obligés de les présenter sans classification. Mais c'est précisément ce pêle-mêle qui symbolise peut-être le mieux l'activité de notre Société, depuis quelques années surtout. Il donne en tout cas la meilleure idée de l'énorme besogne de centralisation, d'étude, d'organisation méthodique qui incombe au Conseil de Direction.

19 octobre.

En présence des marques de sympathie qu'il a reçues (et surtout à cause de la douleur que lui a causée la traction de ses oreilles sur conseil de Jeanne), le docteur P. est heureux de lui annoncer qu'il a fait taire son amour-propre, dont la blessure, un peu cicatrisée ne lui permettait pas d'exiger comme satisfaction la mort du Syndicat. — Il a pu obtenir, après toutefois une discussion assez serrée, l'adoption à l'unanimité et sans modification du tarif. De plus, comme en 1re lecture *tous* nos sénateurs ont voté contre nous, le Syndicat leur envoie une petite missive bien sentie, et demande à la fédération que chaque Syndicat du Nord en fasse autant. Qu'en pensez-vous ?

Et nous répondons que l'exemple est à suivre sans retard dans les autres Syndicats.

Paroles énergiques !!! *Mais....*

P..., 25 octobre 1904.

Monsieur le rédacteur du Journal le *Concours médical*,

Ne pouvant assister à la réunion générale du 20 novembre où beaucoup d'intérêts professionnels seront appréciés et discutés par des voix plus autorisées que la mienne, je me permets cependant, en ce qui concerne la déontologie, d'émettre mon humble avis, qui ne sera pas d'un grand poids dans la balance, mais qui pourra indiquer un remède aux grands maux qui affligent notre profession.

Inutile de les énumérer ils sont trop nombreux; d'ailleurs, vous les connaissez aussi bien que moi pour me dispenser d'en faire le dénombrement.

Le mal fait à notre profession existe depuis longtemps, mais celle-ci le supportait sans plainte, sans s'inquiéter de ses dangers ; peu à peu ce mal s'est aggravé et il exige aujourd'hui qu'on y apporte remède, ce qui n'est pas bien facile, surtout dans une corporation libre, indépendante et diversement intéressée.

A la campagne, le médecin mène un genre de vie différent de celui de la ville : la vie, plus paisible et facile dans la première, a permis jusqu'ici une libre existence, tandis que dans la ville, les besoins allant sans cesse croissant en raison inverse du gain, ont soulevé des plaintes qui sont justifiées partout et qui demandent un prompt remède.

Il est certain qu'un grand nombre de confrères, tant en ville qu'à la campagne, ne souffrent pas encore des maux qui affligent le grand nombre, mais ils doivent s'alarmer des plaintes que poussent tant d'infortunés confrères, signe avant-coureur d'une débâcle générale prochaine, qui non seulement engloutira les faibles, mais secouera les forts, et ébranlera les puissants, dont l'avenir est incertain.

L'horizon s'assombrit, l'orage éclate tous les jours et fait de nombreuses victimes ; celles-ci disparaissent silencieusement ; elles sont promptement remplacées au champ d'honneur par des imprévoyants voués au même sort.

Ces hécatombes soulèvent des gémissements qu'il est temps de calmer par des résolutions viriles.

S'épuiser dans de vaines discussions est superflu. Tout a été dit sur les causes du mal, mais rien sur le remède, parce qu'on craint les moyens radicaux, et dans notre situation il n'y a que celui-là de salutaire, et j'ose le proclamer hautement.

C'est *la grève générale ou partielle*, il appartient à l'Assemblée d'en décider.

Il faut faire comme les ouvriers, s'insurger ou mourir de faim. Comme je suis partisan de vivre de mon travail, j'exige que les clients rémunèrent mon travail ; j'en ai assez des flatteries trompeuses du public et de l'Etat.

Fi des honneurs ! A bas les rubans, les croix et les médailles. A quoi servent les distinctions dans la misère ? Pourquoi se laisser berner ?....

Levons l'étendard de la révolte et crions à nos ennemis, à nos adversaires, à nos tyrans : votre règne est passé et pour vous en montrer l'évidence et la réalité, nous décrétons : 1° *Dès aujourd'hui, les visites seront payées comptant, d'après la position de fortune de l'individu* ; 2° *Les mutualités, compagnies d'assurances, associations, administrations, corporations, etc., seront assujetties à un tarif arrêté en réunion générale d'après avis de la majorité, qui fera une distinction entre la médecine et la chirurgie* ; 3° *Les médecins et chirurgiens ne seront nullement responsables de leurs actes professionnels, quand ils auront agi conformément aux règles de l'art.*

C'est ainsi que les choses se passaient autrefois et le médecin s'en portait très bien, parce qu'il ne se laissait dominer ni par le public, ni par les juges, ni par l'autorité. Combien dégénéré !

La grève seule, par l'accroissement forcé des salaires, soulagera les infortunes et permettra aux médecins d'exercer dignement leur art.

Si ma proposition est acceptée, il n'y aura pas lieu de s'escrimer à chercher des moyens palliatifs, tels qu'assurances, caisses, patronages et autres affiliations qui ne font que surcharger le maigre budget du médecin sans lui apporter aucun secours.

Que dirai-je d'autres moyens plus ou moins absurdes que bizarres, tels que : *l'ordre des médecins* proposé par le *Guide médical de France* dans le n° du 15 septembre. J'aime mieux n'en rien dire.

D'ailleurs, l'ordre des avocats, institution surannée et inquisitoriale, honnie de tous côtés, tombe en dissolution et l'on demande au corps législatif d'ensevelir cette dépouille macabre.

Serait-ce le moment de nous imposer pareil fétiche ?....

En dirai-je davantage.

Je regrette de vous avoir tenu si longtemps sous l'ennui de ma plume, mais je serai dédommagé de mon travail, si j'arrive à vous convaincre que mes conseils sont dictés par l'intérêt que je porte à notre profession et par la satisfaction que j'éprouverai si, dans cette réunion, l'assemblée générale prenait des résolutions fermes et décisives.

Agréez, chers confrères, l'assurance de mes sentiments confraternels.

D. F.

Notre confrère demande à l'Assemblée générale... une déclaration de principes catégoriques, et la grève comme moyen de réussite. Or, la déclaration n'est plus à faire, mais l'organisation de la grève générale des médecins, si légitime qu'elle soit, est un de ces rares « *Impossible* » auxquels le « Concours médical » ne paraît pas disposé à s'attaquer de si tôt. En matière de défense professionnelle, les mots ne sont que peu de chose : une Assemblée d'hommes clairvoyants et pratiques (nous sommes des praticiens) doit d'abord songer aux actes réalisables.

La récompense après la lutte.

F. — 20 octobre,

Je ne puis encore m'expliquer pourquoi (?) les compagnies d'assurances, depuis que nous les avons mises à la raison, en ce qui concerne F., notre résidence, sont à cet égard presque maternelles, et nous n'avons pas plus tôt envoyé notre note d'honoraires, pourtant en général assez rondelette, que nous sommes payé sans la moindre observation.

Dr V.

L'explication que cherche notre confrère est celle-ci.— La solidarité absolue créée par les médecins de sa région a placé les Compagnies dans l'attitude du serpent devant la lime. — Il faut désormais faire contre fortune bon cœur : pourquoi les médecins n'ont-ils pas su en arriver là par tout notre pays ?

Un procédé admissible de limitation des clientèles.

4 novembre 1904.

Mon cher confrère,

Puisque vous aimez, au « Concours », que l'on vous communique les opinions spéciales que l'on peut avoir sur des sujets concernant l'exercice de notre profession, je vais y aller de mon petit projet.

La limitation des clientèles, sans atteindre l'indépendance du médecin et en lui permettant de vivre honorablement, tel est le problème qui se pose à notre époque de pléthore médicale.

Beaucoup de communes, de petites communes, désireuses de posséder un médecin, lui promettent monts et merveilles, votent des subventions et font espérer mieux encore pour l'avenir. Au bout d'un an, deux quelquefois, rarement plus, le beau zèle des municipalités se refroidit, et comme on ne veut pas tenir ses engagements, comme on trouve que le médecin a déjà dû faire une fortune colossale, plus ou moins brusquement toutes les allocations sont supprimées et le médecin se trouve en face d'une population insuffisante, très souvent mal disposée à son égard, excitée par ses représentants communaux qui font de la popularité sur son dos.

Ne pourrait-on pas remédier à ce manque de bonne foi de la plupart des municipalités à notre égard ? Il me semble qu'il suffirait pour cela que toute commune désirant un médecin s'engageât par acte régulier et garanti par l'Etat à lui assurer un minimum, et à parfaire la somme s'il u'y parvenait pas par ses seuls honoraires.

Une commune ou un groupe de communes désire un médecin. Les municipalités se réunissent, fixant la somme qu'elles désirent indiquer comme minimum, et la part qui revient à chaque commune dans cette somme ; la délibération est envoyée à la Préfecture qui l'approuve si elle estime que les communes puissent réellement garantir le minimum fixé. Puis la demande est adressée à un office spécial au ministère de l'intérieur, auquel tout médecin en quête d'un poste pourra s'enquérir de ce qui peut lui convenir.

Quel serait le chiffre du minimum garanti par la commune ? Je ne crois pas indispensable que ce chiffre fût le même partout. Chaque médecin pourrait faire choix du poste répondant le mieux à ses besoins et à son activité. Un célibataire ou un jeune homme désirant une situation peu chargée lui permettant de continuer ses études, de même qu'un médecin fatigué, pourraient se contenter de postes rapportant de 3 à 4.000 francs. Un médecin marié, pourvu de famille, exigerait davantage. Dans les communes désirant plusieurs médecins, il faudrait exiger que le minimum garanti fût de 6.000 francs en moyenne. Dans celles où existent déjà plusieurs médecins et où l'on ne voudrait garantir qu'un nombre de postes inférieur, il faudrait tenir compte de l'ancienneté de l'installation et donner la préférence aux premiers occupants.

Je suppose qu'au bout de quelque temps de séjour le médecin ne se plaît plus dans son poste, ou que les habitants de la commune le prennent en grippe ou désirent le voir partir. Dans le premier cas, il ne pourra pas quitter le pays sans qu'un successeur l'ait remplacé ; dans le deuxième cas, il devra être pourvu avant son départ d'un poste à sa convenance et au moins équivalent. S'il le fallait, même, des indemnités pourraient être prévues de part et d'autre.

Quant au système de contrôle pour que la commune ou le groupe de communes puissent s'assurer des honoraires perçus pour le médecin afin de lui verser le manquant s'il y a lieu, je crois qu'il aurait le grand avantage de supprimer les impayés.

A chaque visite, consultation ou opération, faite à un client, le médecin lui remettrait un bulletin détaché d'un registre à souche et numéroté portant le chiffre des honoraires qui lui sont dus. Muni de ce bulletin, le client en paierait ou en ferait payer le montant chez le percepteur et c'est chez ce dernier que le médecin percevrait chaque mois le montant de ses honoraires. La dignité du médecin y gagnerait en ce sens qu'avec son malade il n'aurait aucun rapport d'argent. Les honoraires seraient établis d'après un tarif très détaillé dans le genre du tarif Jeanne. Chaque commune dresserait elle-même la liste de ses habitants et les classerait dans leurs catégories respectives. Cette liste revue périodiquement, serait transmise régulièrement au médecin.

Bien entendu, le client, qui en définitive doit payer la note, aurait le droit de se faire détailler les honoraires qui lui sont réclamés, soit verbalement, soit par écrit, mais le bulletin qui lui serait remis par le percepteur ne porterait aucun nom, aucun détail, seulement un numéro d'ordre et le chiffre des honoraires. Le secret professionnel ne serait donc nullement en péril et le percepteur pourrait toujours ignorer de qui il s'agit, grâce à la facilité de faire payer par un tiers : seul, le médecin posséderait le nom et ne le révèlerait qu'en cas où le client n'aurait pas payé à la perception dans un délai déterminé. Il n'y aurait pas plus d'indiscrétion à craindre qu'actuellement lorsqu'on s'adresse à n'importe quel agent de recouvrements.

Ce serait au percepteur qu'il appartiendrait de faire diligence et de prendre les mesures nécessaires pour faire payer les récalcitrants et le médecin n'aurait plus d'impayés.

Telle serait l'organisation pour les habitants d'une commune ou d'un groupe de communes. Pour les malades de communes n'appartenant pas à la clientèle attitrée du médecin, les choses se passeraient comme actuellement, le client honorant le médecin aux risques de ce dernier.

A la fin de l'année, le percepteur ferait le total des honoraires qu'il a perçus pour ce médecin, s'il n'atteignait pas le chiffre minimum garanti, le manquant serait couvert par les fonds communaux. Si au contraire le chiffre était dépassé, il pourrait être prélevé au profit de la commune un tant pour cent sur cet excédent, 10 p. % par exemple.

Somme toute, d'après mon système, il y aurait entre la commune et le médecin une sorte d'assurance mutuelle, la première garantissant au second un minimum d'honoraires, le second garantissant ses soins dans un rayon donné, avec faculté de résiliation du contrat de part et d'autre.

Au point de vue de son indépendance, le médecin n'aurait rien à perdre : il ne serait tenu à aucune reconnaissance envers la commune puisque celle-ci aurait librement consenti le contrat ; pas plus que l'on a de reconnaissance à avoir envers une compagnie d'assurance. Le médecin garderait toute sa liberté, car il serait toujours libre de rompre son contrat en observant les clauses de résiliation. Il gagnerait beaucoup au point de vue de sa dignité en n'ayant jamais avec ses clients des discussions d'argent.

Dans ses rapports avec ses confrères voisins, le médecin, assuré d'une aisance suffisante, ne serait pas porté à aller chasser sur leurs terres, et s'il lui arrivait d'empiéter sur leurs circonscriptions, ce ne pourrait être que rarement, car il aurait tout avantage — s'il était content de son poste — à ne pas mécontenter sa clientèle particulière en ne s'éloignant pas trop de son rayon habituel.

De cette façon aussi les communes dépourvues de médecins et disposées de bonne foi à faire les sacrifices nécessaires pour en posséder, pourraient être mieux desservies, et les médecins, sachant que les promesses sont garanties par l'État, hésiteraient moins à s'installer dans des localités éloignées, sûrs qu'ils seraient d'y faire leurs affaires.

Surtout l'on ne verrait plus comme maintenant des bourgs où les praticiens sont les uns sur les autres à côté de vastes étendues complètement dépourvues de médecins.

Les clients gagneraient encore à cela de ne pas payer des sommes fabuleuses pour de simples visites, ainsi qu'ils sont encore obligés de le faire dans les régions montagneuses.

Si j'envisage la possibilité de fraudes, j'avoue n'en voir aucune qui ne soit pas possible actuellement.

Un accord entre médecin et client est-il possible ? Non, puisque le client doit payer l'intégralité de ses honoraires. Le médecin peut, il est vrai, lui faire remise d'une partie de ceux-ci, mais ce n'est pas une fraude, c'est une simple bêtise de la part du médecin et dont il serait le seul à pâtir.

Le médecin pourrait-il réclamer plus qu'il ne lui est dû en prétextant que telle ou telle personne ne s'est pas présentée pour payer chez le percepteur ? Il suffirait pour y remédier de faire signer le client sur la souche adhérente au registre qui reste entre les mains du médecin.

On objectera qu'un malade pourra donner un faux nom et se faire passer pour une personne de la commune. Comme seules les finances municipales auraient à en pâtir, il est de l'intérêt des municipalités de prendre des mesures pour éviter cette fraude et de munir chaque famille d'une carte d'identité à présenter au médecin en allant le consulter.

Je ne crois même pas que ma combinaison serait onéreuse pour les communes: il leur suffirait de voir la réalité des choses et de ne pas se contenter du rêve, comme elles le font trop souvent maintenant, et si une commune isolée veut avoir un médecin sans pouvoir faire les sacrifices nécessaires, elle n'aura qu'à s'associer avec des communes voisines.

Restent les rapports du médecin avec les services de l'assistance publique et les mutualités. Pour l'assistance publique, l'organisation actuelle (mais sans abonnement) pourrait être conservée, chaque indigent payant visites ou consultations avec un bon de la mairie payé par la préfecture d'après un tarif suffisamment rémunérateur.

Pour les mutualités, si l'on tient absolument à leur maintenir un tarif réduit, dans tous les cas ce ne serait plus au détriment exclusif du médecin, puisque si le chiffre minimum qui lui est garanti n'est pas atteint, c'est la collectivité qui paiera la différence.

Je ne pense pas avoir trouvé le système idéal, irréprochable, destiné à sauver le corps médical de la misère qui le guette, mais je crois que tel qu'il est, il se tient à peu près debout et je le livre aux méditations de nos confrères, si toutefois vous jugez à propos de le leur soumettre.

Autant j'étais hostile au tarif décroissant que vous proposez (et je sais maintenant pourquoi), autant j'en serais partisan s'il était appliqué avec mon système *pour toute la zone en dehors de la clientèle personnelle de chaque médecin*, ce serait le meilleur moyen d'empêcher les confrères de se faire une concurrence qui ne peut que ravaler notre profession. C'est actuellement un des rares qui soit encore propre, elle est bien menacée sans doute, mais une action énergique et surtout prompte peut encore sauver la dignité du corps médical déjà compromise par quelques corsaires.

Veuillez agréer, D[r] D., à L. E.

L'éducation du public au sujet de nos honoraires.

25 octobre 1904.

Mon cher confrère,

J'ai le plaisir de vous faire connaître que je viens de recruter deux nouveaux abonnés pour le *Concours médical* : M. le docteur G., et M. le docteur C.; vous pouvez donner des ordres pour qu'on leur envoie à chacun les numéros depuis le 1[er] octobre et faire recouvrer par la poste le montant de leur abonnement.

Je me propose d'assister le 20 novembre à l'assemblée générale et je pense soumettre aux réflexions et critiques de nos confrères une idée qui me paraît assez pratique et pourrait nous aider dans le recouvrement souvent difficile de nos honoraires.

Permettez-moi de vous en donner un aperçu sommaire afin que le comité de direction puisse me donner son avis avant l'assemblée générale.

Afin de faire pénétrer dans la masse du public les droits des médecins en matière de recouvrement d'honoraires, n'y aurait-il pas possibilité d'établir un modèle imprimé uniforme de notes d'honoraires, portant à son verso un résumé des droits et privilèges médicaux. Ces imprimés établis avec l'entête du Concours médical seraient vendus *exclusivement* aux membres du Concours médical.

Nous aurions, à mon avis, un grand intérêt matériel à ce que le public connaisse *nos* droits et *ses* devoirs envers nous. Les hommes de loi, eux-mêmes, auraient souvent besoin d'être également éclairés à ce sujet.

Dernièrement encore, j'ai vu un homme d'affaires combattre le privilège de 2 ans. Le juge de paix l'a débouté de sa prétention.

En matière de faillite, je n'ai pas eu gain de cause devant le syndic, le privilège du propriétaire a passé avant le mien.

A chaque instant, les clients contestent le montant des honoraires ou demandent des détails et des explications parce qu'ils cherchent toujours un faux-fuyant pour ne pas payer. Enfin, ils payent un acompte puis se font tirer l'oreille pour le restant dû.

Il me semble qu'avec l'appui moral du Concours, si nous avions, nous, membres du Concours médical, nos notes d'honoraires contenant au verso, sur une ou deux pages, un résumé de nos droits, avec mention des articles du Code civil ou des jugements favorables à notre cause, les clients auraient tout le loisir de les méditer et ne risqueraient pas si souvent de nous chercher des chicanes pour des vétilles.

Le médecin qui serait certain de la solvabilité de son client lui adresserait comme il est d'habitude sa note avec toutes les formules de politesse qu'il voudrait, mais pour la grande majorité des clients, je crois que ce serait une innovation profitable à la majorité des praticiens vivant de leur métier.

Dans un dernier alinéa, nous pourrions faire connaître que les honoraires sont payables dans les trois mois qui suivent la réception de la note ; passé ce délai le recouvrement en serait fait par la poste, etc., etc. Excusez-moi de la longueur de cette lettre et veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

D[r] M.

Le Conseil de Direction, se souvenant du bon accueil fait aux feuilles d'ordonnance Diverneresse pour les blessés du travail, ne pouvait pas manquer d'être séduit par l'idée de M. le D[r] M. Il proposera donc à l'Assemblée générale l'adoption du principe, se réservant d'étudier avec l'auteur les détails de forme et de rédaction de ces feuilles et, aussitôt après le choix d'un modèle

arrêté par un groupe compétent, il s'arrangerait pour que nos Bureaux le tiennent à la disposition de nos lecteurs.

La lettre suivante a été suggérée par des préoccupations du même ordre, et, répétons-le une fois de plus, nous ne sommes pas de ceux qui les dédaignent en les déclarant mesquines. Elles sont tout à fait du programme utilitaire de notre Société.

Pas de négligence dans le recouvrement de nos honoraires.

Le 9 novembre 1904.

Monsieur et cher confrère,

Je me permets de vous adresser ces quelques lignes avec prière de les insérer dans un de vos prochains numéros du *Concours médical.*

Elles feront peut-être réfléchir quelques confrères qui portent le plus grand tort à leurs collègues et à eux-mêmes par la négligence dont ils font souvent preuve, quand il s'agit de leurs honoraires.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués et fraternels.

X..

De l'intérêt qu'a le médecin à réclamer ses honoraires.

Par ce temps de récriminations à outrance, il ne sera pas inutile d'examiner de près les plaintes des médecins sur le marasme actuel de la profession, et de leur prouver que beaucoup doivent à ce sujet faire leur *mea culpa.*

Certes, la profession ne vaut plus ce qu'elle valait autrefois : le plus grand nombre de confrères et de gens exerçant illégalement, la facilité qu'ont les malades d'aller consulter les médecins des grandes villes, la rareté de l'argent et la mauvaise foi qui augmentent toujours, voilà tout autant de causes à la crise sérieuse que nous subissons.

Il en est d'autres aussi, à commencer (comme l'a prouvé mon enquête auprès de mes collègues de la région) par la négligence que nous apportons presque tous dans le paiement de nos honoraires.

Il n'est pas douteux, en effet, que si les médecins voulaient s'en donner la peine et ne craignaient pas de réclamer avec insistance la juste rémunération de leur travail, ils n'auraient pas aussi souvent l'occasion de se plaindre.

Au lieu de gémir entre nous sur le nombre et le sans-gêne des mauvais payeurs, mieux vaudrait leur faire un peu moins crédit et nous montrer un peu plus sincères dans le règlement de ce qu'ils nous doivent.

Comment ! après des études aussi coûteuses, si pénibles et entourées de tant de dangers de contagion (avez-vous jamais compté le nombre de camarades d'études qui ont succombé à la diphtérie, fièvre typhoïde, et surtout à la tuberculose), après des frais énormes d'installation et ceux que notre profession exige journellement ; nous hésiterions à réclamer les quelques francs qui représentent parfois un service considérable rendu au malade ? Et avec l'existence de forçats que nous menons, de domestique des uns et des autres, y compris le dernier des indigents, nous rougirions d'insister pour le paiement d'honoraires cependant si minimes.

Voilà cependant ce que nous faisons pour la plupart, quittes à nous plaindre ensuite et à nous laisser aller au découragement en présence de ces nombreuses notes impayées ! Pourquoi alors ne prendrait-on pas l'habitude de réclamer ses honoraires de suite quand il s'agit d'une seule visite, ou chaque fois qu'après un traitement qui a nécessité quelques consultations le malade semble pouvoir se passer de nos soins ? (Exception faite bien entendu de quelques clients tout à fait sûrs... *rari nantes*). Pour cela les prétextes ne manquent pas. J'en ai un pour ma part, un qui est excellent et qui, malgré sa simplicité, m'a toujours réussi.

« A quoi bon, dis-je au malade, attendre la fin de l'année pour me régler ces deux ou trois visites ; d'abord vous n'aurez plus à y penser, ensuite cela m'obligerait à des écritures plus longues que la somme ne vaut, et puis, outre que je n'ai pas le temps de tenir des livres, je ne consens à des comptes que lorsqu'il s'agit d'une maladie longue, ce qui n'est heureusement pas le cas pour vous ! ».

A ce raisonnement si clair, le malade a bientôt fait de s'éclairer et de nous.... éclairer ensuite.

Quant à ceux qui tardent à s'acquitter, quand je les rencontre ou que je passe devant leur huis, je me permets avec le plus gracieux sourire de leur présenter leur note acquittée d'avance. C'est là un excellent moyen auquel il est difficile de résister.

Enfin, si la somme en vaut la peine, il y a encore des juges de paix, et avec une carte d'un franc, on peut s'offrir le luxe d'émouvoir les récalcitrants qui viennent généralement payer la veille de l'audience. Malheureusement, la fausse honte, la crainte de faire dire qu'on n'est pas riche, un excès de bonté, qui n'est en réalité que pure bêtise, la négligence enfin et la peur de voir fuir la clientèle, voilà qui nous retient et empêche nos légitimes réclamations.

Eh bien ! c'est une grave erreur que d'agir ainsi parce que personne ne nous sait jamais gré de notre désintéressement, parce que le médecin est respecté en raison de la sévérité qu'il apporte à se faire payer et enfin parce que si tous les médecins exigeaient ce qui leur est dû, les clients auraient vite pris le pli. Ils changeraient dès lors moins souvent et prendraient la bonne habitude de s'exécuter sur le champ ou tout au moins à bref délai.

Ce système, que je pratique depuis longtemps, bien loin de me nuire, m'a toujours pleinement réussi, malgré le voisinage de confrères trop complaisants. *Experto crede Roberto.* Aussi non seulement dans notre propre intérêt, mais encore dans celui de la corporation médicale tout entière, devrions-nous toujours exiger (sauf s'il s'agit de véritables indigents qui ont droit à tous nos égards) le paiement aussi immédiat que possible de nos honoraires. Deux ou trois milliers de francs de plus par an feraient admirablement notre affaire et nous permettraient toujours d'attendre des temps meilleurs.

Dr X, à G.

Une note triste

. . . .

Je voudrais voir tous nos collègues et confrères partager vos idées, et vous encourager par leur adhésion dans la lutte que vous soutenez pour l'indépendance et la dignité du Corps médical. Hélas! beaucoup d'entre nous s'imaginent par les concessions s'attirer la considération et la clientèle, qui ne fait que rire de notre platitude, de nos petites intrigues, où nous perdons le meilleur de nous-mêmes, le sentiment du devoir que l'on peut fort noblement accomplir en n'abdiquant aucun de ses droits.

Pardonnez-moi, ces expressions amères, mon cher Directeur ; mais je suis écœuré de ce qui se passe dans la Somme, où nous avions essayé, pour l'arrondissement d'Amiens, la constitution d'un syndicat, mort-né de par la faute de médecins, ayant pourtant déjà eu à lutter, tant contre les administrations que contre les compagnies d'assurances.

. . . .

Dr C.

Le tact et la mesure dans la direction des Syndicats.

26 octobre 1904.

Monsieur et honoré Confrère,

En vous envoyant ma cotisation de 10 francs pour l'abonnement au *Concours Médical*, je tiens à vous adresser mes compliments au sujet du *tarif ouvrier* et aussi de votre attitude dans l'affaire Doyen.

Vous avez mis le doigt sur la plaie. Beaucoup de médecins titrés et galonnés qui composent notre aristocratie médicale sont partisans de l'*Ordre des médecins* « parce qu'ils espèrent siéger dans ses conseils et nous imposer la réserve et le désintéressement dont ils donnent de si belles preuves ».

Eh bien ! nous autres prolétaires, nous refusons de nous soumettre à une caste dirigeante qui ne vit pas comme nous. Nous voulons rester indépendants et faire nos affaires nous-mêmes. Le grand mot de *solidarité* n'est pour ces arrivés qu'un prétexte pour boycotter ceux qui leur portent ombrage,— et j'en sais quelque chose moi, qui, après 35 années de pratique médicale, ai eu l'honneur d'être mis au *ban* d'un syndicat pour n'avoir pas voulu obéir aux injonctions d'une coterie !... Et si je vous cite cet exemple, c'est pour vous démontrer que l'*Ordre des médecins* n'est pas possible tant que les suffrages de la majorité mettront à notre tête les *pontifes* de la profession et qu'il faut définivement émanciper les médecins prolétaires qui courbent encore l'échine sous le joug de ces gens-là.

Quand on a fondé le syndicat, nous sommes venus en grand nombre, parce que nous y voyions l'arche de salut ; nous pensions que cette institution démocratique avait pour but de sauvegarder la dignité et l'indépendance du médecin, — nous étions naïvement persuadés que ceux qui étaient à la tête feraient abnégation de leurs intérêts particuliers dans l'intérêt général. — Or, nous nous sommes aperçus bien vite qu'ils ne travaillaient que pour eux et que nous n'étions bons qu'à tirer du feu les marrons qu'ils croquaient à belles dents.

Ici, par exemple, la question des Sociétés de Secours Mutuels a mis le feu aux poudres. On a voulu appliquer à la lettre le principe du tarif à la visite ; on s'est heurté à des impossibilités matérielles.

Des médecins qui ne connaissaient pas le premier mot de la question et qui n'ont jamais fait partie de ces sociétés ont prononcé le *sic volo, sic jubeo.* On a voulu obliger d'honorables praticiens, qui donnaient depuis longtemps des soins aux mutualistes à démissionner *illico*, sans tenir compte des objections très fondées qu'ils opposaient aux mesures *radicales* que l'on voulait prendre. — Ils ont refusé d'obéir. C'était leur droit (on ne les avait même pas consultés), — et malgré leur honorabilité reconnue par tous, on les a mis en interdit. — Il eût été pourtant facile de s'entendre si le syndicat avait voulu faire quelques concessions : on pouvait obtenir un prix d'abonnement *rémunérateur* (équivalent au prix des visites) ; les opérations, visites de nuit, accouchements, etc., étaient payés en plus. Provisoirement, tous les médecins qui auraient accepté ce prix d'abonnement auraient donné leurs soins aux Sociétaires, — et ce *modus vivendi* nous aurait acheminé au tarif à la visite, lorsqu'on aurait pu démontrer aux Sociétés Mutuelles que ce fameux tarif ne les ruinerait pas.

Au lieu de cela, on a décrété que les médecins de telle société seraient mis à l'index, — que ceux de telle autre seraient tolérés parce qu'ils exerçaient dans la banlieue ou à la campagne, — que l'on devait respecter certaines collectivités, telles que les grandes administrations, les grandes usines, les compagnies de chemin de fer ou de tramways, — *avec lesquelles on traite cependant à l'abonnement.* — On a étendu ce privilège aux communautés religieuses et aux gendarmes (?) *qu'on ne fait pas payer* du tout. Je n'insiste pas, — car je n'ai voulu que vous donner un exemple de la *partialité* révoltante de certains syndicats.

Bref, la question est jugée. Les aristocrates de la profession veulent nous imposer des lois *qui ne sont pas faites pour eux* ; — fondons une démocratie médicale où les contestations seront jugées par nos pairs, — où il n'y aura plus de privilèges, — et où toutes les fonctions seront accessibles à tous.

A mon humble avis, les Comités qui administrent les Syndicats devraient être *désignés* par le tirage au sort ; ces Comités choisiraient dans leur sein les membres des Bureaux (Président, Secrétaire, Trésorier), — et les fonctions du Bureau cesseraient avec celles du Comité lui-même, en sorte que les mêmes individus ne pourraient garder indéfiniment le pouvoir et s'en faire une arme contre ceux qui ne feraient pas partie du groupe des *meneurs* (de ceux dont on lèche les bottes pour qu'ils vous laissent un os à ronger.)

Excusez mon bavardage et agréez, etc.,

D^r M.

L'encombrement médical, la réorganisation des études médicales et la répartition des médecins.

Dans le n° 35 du *Concours*, le Dr Dumas, après nous avoir développé son projet contre l'encombrement médical fait appel à ceux qui voudraient exposer leurs idées. Je veux répondre à son désir.

Notre confrère propose d'abord un examen à l'entrée des Facultés de médecine. Je ne crois nullement à l'efficacité de ce moyen. Ce ne serait qu'un examen, c'est-à-dire une formalité de plus. Il a été dit et prouvé maintes fois dans le *Concours* que les examens ne remplissaient pas leur but, n'arrêtaient pas les candidats insuffisants. Je rappelerai seulement les paroles du Pr Gautier dans l'interview que lui fit subir le rédacteur envoyé par le *Concours* : « Le niveau des études médicales baisse sensiblement, les élèves nous voyant moins exigeants apprennent moins encore et le taux de notre indulgence s'accroît parallèlement: cercle vicieux dont les conséquences sont déplorables ». Il n'est au pouvoir de personne de supprimer les différentes causes de ce fâcheux état de choses.

La preuve, c'est que la mesure très louable qui augmentait les délais d'ajournement n'a pu être maintenue ; le ministre ayant dû céder devant de trop nombreuses et trop pressantes sollicitations.

Donc c'est une pure illusion que d'attendre à ce point de vue un effet bien sensible d'un nouvel examen, comme d'une sévérité plus grande des examinateurs aux épreuves actuellement existantes. La prolongation des études, ni la réforme des programmes ne peuvent non plus et pour les mêmes raisons avoir aucune influence sur le nombre des médecins. C'est tout au plus si elles permettront aux travailleurs d'être plus instruits, car ne l'oublions pas, ceux-ci ont dès aujourd'hui le moyen de s'instruire. Les autres n'en feront quand même qu'à leur gré et seront diplômés quand même.

Que faire alors ? C'est d'instituer non pas un examen mais un concours d'admission. Nous revenons ainsi à la limitation du nombre des médecins qui fut vaillamment défendue dans le *Concours* en 1900 par les Dr Duchesne, Guillon et Boyer. Je ne veux pas reprendre leurs arguments, mais je voudrais faire une observation à propos de la prétendue violation de la liberté qu'on leur a objectée sans cesse. Certes, la liberté est bien belle, mais c'est se soucier bien peu de la chose, c'est faire un étrange abus du mot, que d'abriter derrière ce pavillon sacré la routine et l'absence de réflexion. De grâce, réfléchissez une minute et dites-nous en quoi un concours ouvert à tous peut violer la liberte ? Que direz-vous alors des concours d'admission aux grandes écoles. Si vous êtes logiques, vous devez aussi les condamner comme contraires à la liberté.

Cependant, le Dr Gouffier, rapporteur à l'assemblée générale de 1900, a jugé décisif les arguments des adversaires de la limitation et en particulier la brillante plaidoirie du Dr Hervé. Et bien, disséquons-la, cette plaidoirie, et vous verrez qu'elle est plus spécieuse que solide « Tout d'abord au point de vue du droit, l'Etat peut-il pratiquer cette limitation ? Je ne vois pas comment on peut, au point de vue du droit, reprocher à l'Etat d'exercer une sélection parmi tous ceux qui aspirent à soigner leurs semblables et de ne prendre parmi eux que

les plus instruits, c'est-à-dire les plus aptes à bien remplir leur mission. En se plaçant à ce point de vue, on pourrait contester à l'Etat le droit d'exiger le P. C. N., les baccalauréats et n'importe quelle garantie à l'accès des Facultés ; on arriverait même à la liberté de la médecine comme en Amérique. Je ne crois point que ce soit l'idéal de notre confrère. Ce n'est à coup sûr pas le nôtre, ni celui de l'intérêt public.

Autre objection : « De ce qu'il nous a conféré un diplôme est-il tenu à nous assurer les moyens d'existence que nous avons escomptés en recherchant le titre ? Mais nous ne demandons pas cela du tout. C'est une toute autre question, et la réponse qu'on nous fait porte complètement à faux. Il est bien certain que même si le nombre des médecins était limité, un certain nombre d'entre eux, par suite de circonstances défavorables, manque de savoir faire, etc... ne réussirait que médiocrement ou même très mal. Ce serait fâcheux pour eux, mais ils n'auraient rien à réclamer à l'Etat qui leur répondrait : « C'est votre faute, tant pis pour vous ».

Cette réponse, l'Etat pourrait la faire à ceux d'entre nous qui se plaindraient individuellement. Il n'est pas en droit de la faire à notre collectivité.

Tous les ans les Facultés déversent sur le pays 6 ou 700 docteurs de plus qu'il n'y a de postes disponibles. Que va devenir notre situation quand seront doublés tous les postes où nous nous tirons d'affaire, les uns très bien, d'autres à peu près, beaucoup péniblement. Le corps médical est absolument fondé à protester contre une situation aussi fâcheuse, surtout quand elle entraîne pour la société des répercussions encore plus fâcheuses.

Continuant son raisonnement, le Dr Hervé ajoute : « Tous les diplômés sortant des écoles gouvernementales, polytechnique, centrale, etc., seraient autorisés à invoquer la responsabilité de l'Etat et à lui demander la consécration matérielle de l'obtention du diplôme sous forme d'un traitement annuel. Nous voici du coup fonctionnarisés. » Non, assurément, le diplômé qui n'est pas fonctionnaire n'a rien à réclamer individuellement à l'Etat, mais comme je l'ai dit tout à l'heure, une collectivité de diplômés peut être en droit de réclamer, je crois que c'est notre cas, dans l'intérêt public, plus encore que dans le nôtre. La limitation du nombre des médecins n'entra.ne pas nécessairement leur fonctionnarisation. L'auteur ne s'aperçoit pas qu'en citant l'Ecole Centrale il apporte un exemple frappant contre sa thèse. Les élèves de Centrale ne sont qu'en nombre limité, mais quand ils sortent de l'Ecole avec leur diplôme, ils ne sont nullement fonctionnarisés. Veut-on un exemple dans une profession plus proche de la nôtre ?

Les Ecoles vétérinaires n'admettent qu'un nombre limité d'élèves en rapport avec leurs moyens d'enseignement et avec les besoins du pays. Les jeunes gens qui en sortent munis de leur diplôme ne sont nullement fonctionnaires. Ils s'installent où ils veulent, comme ils veulent. Leur situation pécuniaire est au moins égale à celle des médecins leurs voisins. Dans quelques années elle sera toujours supérieure et de beaucoup. Cet exemple caractéristique me paraît de nature à faire tomber complètement un argument regardé par le Dr Gouffier comme péremptoire.

Il ressort de toutes ces considérations qu'en allant au fond des choses, la plaidoirie de notre confrère n'est pas aussi convaincante qu'elle en a l'air au premier abord.

Dans la courte discussion qui eut lieu à l'assemblée générale de 1900, deux autres objections ont été faites par le Dr Richard-Lesay. La première, c'est que « le public ne sera pas avec nous, il lui plaît que nous soyons nombreux pour que nous nous fassions concurrence par les prix et qu'il puisse nous exploiter. » C'est vraiment là une objection capitale. Une réforme de ce genre ne peut être faite que si le public l'approuve et je reconnais que le public n'a pas la moindre compassion pour les souffrances du corps médical, qu'il en ressentirait plutôt une sorte de satisfaction, de mauvais sentiment de revanche. Mais je crois aussi qu'en faisant appel à l'instinct de conservation, nous aurions toutes chances de réussir. Le *Concours* a cité le projet baroque paru dans un journal politique, de faire faire au hasard un certain nombre d'autopsies et de suspendre pendant quelques mois le médecin traitant ou même de lui retirer son diplôme si son diagnostic était démontré erroné. L'auteur de cette bizarre élucubration se croit sans doute très malin ; bien qu'il ne le soit nullement, il comprendrait peut-être et tout le monde avec lui qu'il aurait bien mieux valu ne pas lancer dans la circulation, des médecins insuffisants que de les en retirer quand ils ont fait des victimes. En portant devant le public les paroles du professeur Gautier que je citais tout à l'heure, d'autres encore plus sévères des professeurs Trolard, Broca etc., on pourrait, je crois, démontrer à tous que le véritable but des Facultés de Médecine devrait être, non pas de donner à un très grand nombre de personnes des connaissances médicales, mais bien de faire un nombre suffisant de médecins les plus instruits possible. Ce qui est justifié pour les Facultés des lettres et des sciences, même de droit, ne l'est plus pour les facultés de médecine. Secouant le joug de la tradition, celles-ci devraient être avant tout des écoles techniques. Plusieurs des professeurs de la Faculté de Paris, Messieurs Gautier, Gariel, Richet entre autres, se sont déclarés partisans de la limitation des admissions dans les Facultés de médecine. Il ne me paraît donc pas impossible de faire admettre ces idées dans le public. Si nous y arrivions, la mauvaise volonté des Facultés ou Écoles dont l'existence serait menacée, ne saurait empêcher la réforme d'aboutir ; c'est la seconde objection du Dr Richard-Lesay, elle tomberait par là même.

D'ailleurs, des mesures transitoires à étudier dans chaque cas pourraient indemniser dans une proportion convenable les intérêts sacrifiés.

Un avantage secondaire mais appréciable du concours d'admission, serait de mettre fin aux interminables discussions sur la nécessité ou l'inutilité des études classiques, du grec, de tel ou tel baccalauréat, pour les études médicales, sur l'influence de la loi militaire, l'opportunité d'une limite d'âge, etc.

N'exiger aucune condition spéciale pour être admis à concourir. Au bout de quelques années, l'expérience aura tranché définitivement toutes ces questions. Mais il me semblerait logique d'éliminer définitivement ceux qui n'auraient pas été reçus à leur deuxième ou au plus à leur troisième concours.

Quel serait le programme de ce concours ? Serait-il régional, à quel chiffre devrait être fixé le nombre annuel d'admissions ? Questions fort importantes, mais qu'il serait oiseux de discuter tant que le principe dont elles découlent n'est pas généralement admis.

En ce qui concerne l'enseignement médical, je me garderai bien de vouloir dresser un plan d'études complet. Les facultés seules peuvent le faire. Pour nous, tout ce que nous pouvons, c'est leur transmettre nos desiderata, c'est leur dire : voilà les bases sur lesquelles devraient, à notre avis, être organisées les études médicales.

Je pense qu'il y aurait lieu de diviser les études en deux parties, deux cycles comme on dit aujourd'hui. Pendant le premier cycle qui durerait 4 ans, le travail serait réglé, divisé, mâché, mais imposé. Hôpital tous les matins, cours et travaux pratiques tous les après-midi.

Toutes les matières seraient vues dans ce qu'elles ont d'indispensable ; des examens partiels fréquents, des examens de fin d'année avec classement de sortie donneraient la preuve qu'elles sont sues imperturbablement. Les candidats insuffisants devraient impitoyablement redoubler leur année ; en cas de second échec être définitivement éliminés.

Pendant le deuxième cycle qui durerait au moins

deux années, le travail serait plus libre. Chacun reverrait ou approfondirait selon son but les matières dont il aurait besoin. La médecine légale et les spécialités seraient étudiées en cette seconde période. Un stage obligatoire pour chacune d'elles et un examen spécial en rendraient l'étude sérieuse. Le concours de l'externat pourrait sans inconvénient être supprimé. Le classement de fin de la 1re année en tiendrait lieu avantageusement.

Le concours de l'internat ne se passerait qu'après la fin du premier cycle. Les places obtenues dans les classements de fin d'année donneraient lieu à des points supplémentaires et viendraient corriger pour les sujets d'élite les accidents de concours toujours possible. Si le recrutement des facultés était régional, comme je le crois logique, on pourrait à titre d'exception, permettre aux étudiants de concourir pour l'internat dans n'importe quelle ville et ceux-là qui passeraient seraient seuls autorisés à changer de Faculté pour terminer leurs études.

Enfin le deuxième cycle aurait pour sanction les épreuves définitives du doctorat, nécessitant une révision peut-être fastidieuse mais fort utile de toutes les matières. A ce sujet je me rattache au 2e projet du Dr Dumas : jury unique pour toute la France, mais à mon point de vue ce jury n'aurait pour effet que de donner la même valeur au diplôme décerné dans chaque Faculté, et surtout d'empêcher la concurrence au rabais que se font dit-on certaines Facultés pour s'attirer des élèves.

Il est incontestable qu'avec une sélection aussi sévère à l'entrée et pendant tout le cours des études, le nombre des médecins serait réduit à un chiffre raisonnable, mais le niveau de leur instruction et leur prestige seraient singulièrement relevés.

On peut faire encore à la limitation du nombre des médecins une objection très forte, c'est que les villes seront quand même encombrées, tandis que les campagnes seront délaissées. La chose n'est pas improbable, mais on peut facilement y remédier. Cependant je ne suis plus d'accord avec le Dr Guillou qui propose de diviser le territoire en circonscriptions de 3000 habitants et de nommer dans chacune de ces circonscriptions un médecin fonctionnaire. J'ai horreur de la fonctionnarisation qui serait néfaste et pour les médecins et surtout pour le public. Mon projet se rapprocherait davantage d'une idée du Dr Gassot. Il y aurait lieu de déterminer d'un commun accord entre les conseils généraux et les sociétés médicales, les points où la présence d'un médecin est nécessaire. Une subvention serait attachée à ces postes s'ils sont actuellement dépourvus de médecin ou s'ils n'en trouvaient plus pour le desservir. En retour de cette subvention le titulaire du poste assurerait tous les services publics : assistance médicale gratuite, inspection des nourrissons, etc., et pour le reste ferait de la clientèle, comme il l'entendrait.

Tous les postes de ce genre qui deviendraient vacants dans l'étendue du ressort d'une faculté seraient proposés aux nouveaux docteurs qui les choisiraient d'après leur numéro de sortie. Les premiers n'en voudraient généralement pas, mais les derniers seraient obligés de les accepter pendant un laps de temps à déterminer, dix ans par exemple.

On me dira que c'est tout de même de la fonctionnarisation. Bien peu, et ne portant que sur un nombre limité de médecins. Même pour ceux-ci, c'est leur rang de sortie et non la politique qui leur attribue tel ou tel poste. Une fois installés que leurs idées concordent ou non avec celles du parti au pouvoir, ils n'ont pas d'avancement à espérer, pas de révocation à craindre. C'est leur zèle, leur activité, leur savoir faire qui donneront à leur clientèle toute l'importance dont elle est susceptible. De plus, leurs dix ans accomplis ils recouvrent leur entière liberté, restent dans ce pays s'ils s'y plaisent ou vont planter leur tente ailleurs. Leur situation serait donc plus analogue à celle des officiers ministériels qu'à celle des fonctionnaires. Leur indépendance ne serait pas sérieusement entravée ; je n'ai voulu qu'esquisser ce sujet, il serait prématuré de vouloir actuellement le traiter à fond.

J'ai seulement voulu donner quelques indications et montrer que si les conséquences de la limitation entraînaient quelques difficultés, celles-ci sont bien faciles à surmonter.

Pour conclure je dirai : Hors la limitation, point de salut. Toutes les mesures qu'on pourra prendre seront vaines et illusoires : tels les purgatifs, diurétiques ou diaphorétiques pour un kyste de l'ovaire. L'opération est indispensable, c'est à nous de convaincre la cliente, c'est-à-dire le public, mais il faut d'abord que nous soyons à peu près d'accord entre nous.

Dr E. Dupont,
(Villiers-Saint-Georges).

Arrêtons là le cinématographe : le cadre du numéro se trouve assez rempli.

Mais puisqu'il convient d'être précis et complet, rappelons que le Sou médical reçoit une trentaine de lettres par semaine, que l'Amicale en inscrit une vingtaine, que la plupart des unes et des autres demandent en même temps quelque chose au Concours médical ou lui suggèrent en quelques mots des idées intéressantes, que réponse est faite à un autre stock, par la petite correspondance ou sous enveloppe particulière.

Et si vous ajoutez tout cela, chers confrères, aux documents que fournit la rédaction toujours en quête de ce qui concerne le praticien, vous jugerez de l'intensité de vie que présente notre Société.

Vous en doutiez-vous bien vous-mêmes ? En tout cas, vous ne le saviez pas assez pour le prouver à ceux qui ne sont pas encore des nôtres.

LA SEMAINE MÉDICALE

Fracture sus-condylienne transversale de l'humérus.

M. le Dr J.-C. Lebourgeois, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude de la fracture sus-condylienne transversale de l'humérus, variété relativement peu commune de fracture, qui se rencontre surtout dans les dix premières années de la vie, à la suite de chutes sur la main et sur le coude. Cette variété de fracture est surtout fréquente chez les garçons, la direction du trait de fracture, qui est généralement extra-capsulaire, n'est pas absolument transversale, mais oblique en bas et en dehors, ou en bas et en dedans. Dans le sens antéro-postérieur, le trait oblique de haut en bas et d'arrière en avant dans la fracture par extension ; ce trait oblique de haut en bas et d'avant en arrière dans la fracture par flexion. Le fragment inférieur, taillé en biseau, se déplace en arrière ou en avant, suivant la variété, et souvent en dedans ou en dehors.

« Les fractures sus-condyliennes transversales présentent toutes le syndrome suivant : déformation du coude par hématome et déplacement du fragment inférieur, dépression au-dessus de l'olécrâne, saillie du segment diaphysaire, membre supérieur en demi-flexion, avant-bras en demi-pronation, formant avec le bras un angle plus ou moins ouvert en dehors ou en dedans, ecchymoses, douleur au niveau du trait de frac-

ture à la moindre pression, mouvements actifs nuls, mouvements passifs limités. L'exploration du coude fait constater le changement des rapports directs normaux entre l'olécrâne, l'épicondyle et l'épitrochlée et surtout (avec ou sans anesthésie) la mobilité anormale et la crépitation; celle-ci est pathognomonique lorsqu'on la trouve, mais ne doit pas être recherchée systématiquement.

« Il y a 4 variétés de fractures sus-condyliennes transversales : la fracture *par extension*, la plus fréquente de beaucoup, la fracture *par flexion*, assez rare surtout chez l'enfant, la fracture *par abduction*, la fracture *par adduction*, très rares. Ces formes sont définies par la direction du trait de fracture et le déplacement du fragment inférieur.

« Elles comportent des complications assez fréquentes : embrochement des muscles, de la peau, des vaisseaux, mais ce sont surtout les fractures sus-condyliennes transversales, parmi les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, qui donnent des complications nerveuses, à cause du voisinage immédiat des 3 nerfs médian, cubital et radial. Ces complications sont des *paralysies précoces* par contusion le plus souvent, par rupture ou embrochement ; des *paralysies secondaires* tardives, dues à un cal exubérant, à un fragment mal réduit (cas le plus fréquent). La radiographie, qui a rendu de si grands services dans l'étude de ces fractures, montre que l'ancien gros cal, le cal exubérant était le plus souvent un fragment mal réduit.

« Pour les *fractures par flexion, par abduction et par adduction*, l'attelle sera posée aussitôt après le traumatisme.

« Le traitement des complications variera suivant les cas. Quand il y aura paralysie des 3 nerfs de l'avant-bras, le traitement sera souvent inefficace, mais il ne faudra pas se hâter de faire des résections ou des abrasions des fragments exubérants des cals vicieux, en vue d'un bon fonctionnement articulaire : le temps sera souvent en effet le meilleur traitement amenant des guérisons inespérées. »

Polynévrites blennorrhagiques.

On ne soupçonnait même pas, il y a 10 ou 15 ans, que la blennorrhagie pouvait atteindre d'autres organes que les organes génito-urinaires et les articulations. On sait maintenant que, dans bon nombre de cas, l'infection peut s'étendre aux nerfs et aux nerfs périphériques. M. le Dr Georges Evrard, de Vitry, a étudié dans sa thèse ces polynévrites blennorrhagiques périphériques.

« Bien que les expérimentations, dit-il, n'éclairent pas encore suffisamment la pathogénie de cette polynévrite, nous sommes en droit, de par l'analogie qui existe entre elle et les autres polynévrites infectieuses, de conclure à l'action de la gonotoxine dans sa production.

Les principaux symptômes auxquels donne lieu cette affection sont : des douleurs spontanées et provoquées par la pression des muscles et des troncs nerveux, de l'amyotrophie souvent très accentuée, de l'abolition des réflexes rotuliens, et des modifications de la réaction électrique.

Le *diagnostic* positif de polynévrite est en général facile et on reconnaîtra l'affection aux symptômes que nous avons indiqués, mais il est quelquefois plus délicat d'attribuer la maladie à sa véritable cause ; un examen et un interrogatoire approfondis du malade pourront seuls permettre de faire ce diagnostic étiologique.

Le *pronostic* est en général bénin, mais il doit cependant être réservé tant à cause de la marche grave que peut prendre, dans certains cas exceptionnels, l'affection, qu'à cause de l'impotence fonctionnelle si accentuée et qui ne disparaît que très lentement, laissant quelquefois après elle des déformations qui font du malade un infirme.

Anatomiquement, la polynévrite se manifeste par des lésions du système nerveux périphérique, lésions d'autant plus accusées qu'on examine un segment de nerf plus distant des centres, d'autant moins nettes qu'on se rapproche des racines médullaires où elles sont presqu'exceptionnelles. Ces lésions nerveuses sont purement parenchymateuses, avec intégrité complète de la trame interstitielle ; elles sont d'apparence surtout dégénérative, portant sur la gaine de myéline et sur le cylindraxe et sans tendance notable à la multiplication des noyaux ni à la végétation du protoplasma.

Les altérations des grandes cellules des cornes antérieures (chromatolyse centrale, tuméfaction globuleuse, déplacement du noyau) paraissent être secondaires aux lésions des nerfs périphériques.

REPORTAGE MEDICAL

Trop de médecins. — En Allemagne, l'Union des sociétés médicales de l'Allemagne a adressé à tous les proviseurs des lycées en Allemagne (482 gymnases classiques et 131 gymnases modernes) une brochure dans laquelle on déconseille aux nouveaux bacheliers de commencer leurs études médicales. La circulaire donne un aperçu de la situation précaire de la profession médicale en Allemagne, en citant des chiffres qui établissent combien peu on est assuré de gagner sa vie dans cette carrière. Les principales causes de cette situation anormale sont, d'après les auteurs de la brochure, l'hyperproduction des médecins, l'exercice libre de la médecine en Allemagne, livrée aux charlatans, et la législation sur l'assurance contre les maladies. Au tableau qui montre combien peu rémunératrice est la profession médicale, les auteurs opposent les fatigues physiques, le surmenage moral, la haute responsabilité de la profession, la perte rapide des forces, qui attendent le praticien. Chaque élève qui débute dans les études médicales devrait se rappeler que plusieurs années se passeront après la réception au grade de médecin avant que le candidat réussisse à se créer une situation lui permettant de vivre. (*Mediz. Reform*, n° 30.)

Exercice illégal de la médecine par les prêtres. La pommade des trois curés. — C'était une merveilleuse mixture, pleine de vertus efficaces et d'onction, ainsi qu'il convenait à un produit catholique. Elle se vendait facilement en France ; on l'enlevait à l'étranger, à Londres surtout, où les clergymen et les jeunes miss en faisaient une étonnante consommation. La « pommade des trois curés » avait pour inventeur un évêque *in partibus*, qui avait trouvé la formule magique de son onguent pendant les loisirs de son apostolat à St-Martin-le-Pin. Ce prélat ingénieux ne s'était pas contenté de fabriquer sa pommade : il la vendait en la présentant lui-même aux acheteurs. Il oubliait seulement que l'exercice du culte ne comportait point l'exercice de la méde-

cine et que si ses fonctions l'autorisaient à soigner les âmes, elles ne lui permettaient point de guérir les....cors. Notre évêque s'est fait arrêter et incarcérer à la prison de Nontron, pour y purger une condamnation visant l'exercice illégal de la médecine.

(*Gaz. Méd., Paris.*)

Concours ouvert par le Ministère de la Guerre pour des emplois de médecin aide-major des troupes coloniales. — Val-de-Grâce, 1er décembre 1904.— Le ministère de la guerre ouvre un concours pour des emplois de médecin stagiaire des troupes coloniales, le 1er décembre prochain.

Les candidats doivent avoir moins de 32 ans et être pourvus du diplôme de docteur en médecine. Après 3 mois de stage au Val-de-Grâce, les élèves reçus seront nommés aides-majors de 2e classe et feront partie du corps de santé des troupes coloniales.

Ce corps de santé, organisé dans les mêmes conditions que le corps de santé métropolitain, comporte les mêmes grades, les mêmes avantages matériels et relève aussi du département de la Guerre. Les médecins des troupes coloniales, au nombre de 570, assurent alternativement le service des troupes coloniales en France et aux colonies, ils remplissent en outre de nombreuses fonctions accessoires qui leur sont confiées soit par le ministère des affaires étrangères, soit par celui des colonies, soit par l'institut Pasteur (postes consulaires de Chine, de Perse, de Constantinople, etc..., services pénitentiaires de Guyane et de Nouvelle-Calédonie, services des quarantaines et de la santé, écoles de médecine indigènes de Tananarive, Hanoï, Saïgon ; instituts Pasteur de Saïgon, Hanoï, Nhatrang, St-Louis, Tananarive, etc...)

En France, les médecins des troupes coloniales ont la même solde que les médecins des troupes métropolitaines ; aux colonies, leur solde est double et fréquemment augmentée de suppléments divers pour les services civils qu'ils remplissent ; à leur départ de France, ils touchent une indemnité d'entrée en campagne égale à un mois de solde ; dans la plupart des postes ils ont le droit d'emmener leur famille, qui voyage gratuitement.

Le corps de santé des troupes coloniales ayant été sensiblement augmenté au moment de la réorganisation des troupes coloniales, l'avancement y est assez rapide, les aides-majors de 1re classe sont promus présentement majors de 2e après 4 ou 5 ans de grade, ceux-ci passent au grade de major de 1re classe après 5 ou 6 ans.

La retraite est acquise après 25 ans de services ; 4 ans étant accordés à titre d'études préliminaires, il suffit en réalité de 21 ans de services pour jouir d'une retraite qui, avec les campagnes acquises, varie de :

8.000 fr. médecin-inspecteur
à 6.000 fr. médecin principal
ou à 4.000 fr. médecin-major de 1re classe

Les jeunes gens qui n'ont pas l'intention de faire leur carrière entière dans le corps de santé des troupes coloniales, peuvent démissionner après 6 années de service. Pendant ces six ans, ils ont joui de tous les agréments de la vie coloniale et fait à travers le monde les voyages les plus beaux et les plus variés ; en même temps ils ont acquis dans les hôpitaux, dans les corps de troupes et dans la clientèle civile, l'expérience des malades et ils peuvent sans crainte s'installer dans n'importe quel centre, en France, à l'étranger ou aux colonies.

Le concours de cette année doit être particulièrement important, de nombreux emplois nouveaux ont été créés aux colonies et le nombre des candidats à admettre sera élevé. Cette voie est la seule qui permette aux docteurs en médecine d'entrer immédiatement dans le corps de santé des troupes coloniales, tous les autres officiers de ce corps sont recrutés dans les écoles de médecine militaire de Lyon et de Bordeaux.

Les candidats désirant avoir d'autres renseignements peuvent s'adresser au ministère de la guerre (Direction des troupes coloniales — 1er ou 3e bureau); ils doivent se faire inscrire pour le concours avant le 15 novembre prochain.

Avis de l'ouverture d'un concours, en 1904, pour l'admission aux emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires des troupes coloniales. — Conformément à l'article 16, n° 2, du décret du 11 juin 1901, portant règlement d'administration publique sur l'administration des troupes coloniales, un concours s'ouvrira le 1er décembre prochain, à 9 heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens de 1re classe aux emplois de médecins et pharmaciens stagiaires des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de 32 ans au 1er janvier de l'année du concours ;

3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies (1).

Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au moins ;

4° Souscrire un engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. — POUR LES DOCTEURS EN MÉDECINE.

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Epreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

II. — POUR LES PHARMACIENS DE 1re CLASSE.

1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ;

3° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de substances diverses : minéraux usuels (drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés) ;

4° Epreuve de chimie analytique : recherche des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous.

NOTES

L'appréciation de chacune des épreuves, écrites et orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Médecins.	
Composition écrite.................. ..	12
Examen clinique.......................	15
Médecine opératoire....................	12
Interrogation sur l'hygiène..............	10
Pharmaciens.	
Composition écrite.....................	12
Interrogation sur la physique et la chimie................................	10
Interrogation sur l'histoire naturelle et la pharmacie...	10
Préparation............................	12
Épreuve de chimie analytique..........	15

Une majoration de 150 points est accordée aux anciens internes reçus au concours dans les hôpitaux

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire.

des villes ayant une Faculté de médecine et de 100 points aux lauréats des Facultés.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées avec les pièces à l'appui au Ministre de la guerre (Direction des Troupes coloniales, 3e Bureau) avant le 15 novembre prochain.

Les pièces à fournir sont :

I. — AVANT LE CONCOURS.

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ;

3° S'il y a lieu, certificats dûment légalisés permettant de constater que les candidats sont lauréats de Faculté ou ont été reçus, au concours, internes des hôpitaux ;

4° Certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ;

5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique et des services ;

6° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de stagiaire.

Les dossiers des candidats non reçus seront renvoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce n° 6.

II. — APRÈS L'ADMISSION.

Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les médecins et pharmaciens stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du paragraphe 1er de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

Les médecins et pharmaciens stagiaires suivent pendant un an les cours de l'École d'application. Ils portent l'uniforme du corps de santé des troupes coloniales avec les marques distinctives adoptées pour les stagiaires du corps de santé métropolitain. Ils reçoivent la solde afférente au grade d'aide-major de 2e classe et il leur est accordé une première mise d'équipement de 350 francs reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade d'aide-major de 2e classe, ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce grade. Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de 2e classe des troupes coloniales. Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

Concours pour la nomination aux places d'Interne titulaire en médecine dans les Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine. — Le samedi 3 décembre 1904, à midi précis, il sera ouvert, à la Préfecture de la Seine, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'Interne titulaire en médecine dans lesdits Etablissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Service des Aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures, du mercredi 2 au mercredi 16 novembre 1904 inclusivement.

Pourront prendre part au concours les docteurs en médecine, munis du diplôme délivré par les Facultés de l'État, et les étudiants ou étudiantes en médecine, sans distinction de nationalité, possédant seize inscriptions de doctorat.

Les épreuves du concours sont les suivantes :

1° Une composition écrite de trois heures, sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe (médecine et chirurgie.)

Il sera accordé trente points pour cette épreuve. Elle pourra être éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places vacantes.

2° Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, après quinze minutes de préparation. Il sera accordé vingt points pour cette épreuve.

3° Une épreuve orale de quinze minutes sur une question de garde. Il sera laissé aux candidats deux minutes de réflexion qui seront comprises dans les dix minutes de l'epreuve. Il sera accordé quinze points pour cette épreuve. Par question de garde, on doit entendre une épreuve orale relative à la conduite immédiate à tenir par le médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique.

Faculté et Hôpitaux.

— Le Prof. Guyon reprendra ses leçons cliniques des maladies des voies urinaires, le mercredi 16 novembre 1904, à 10 h., à l'hôpital Necker, et les continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

Des cours complémentaires seront faits par :

M. Legueu, agrégé : Les traumatismes et les tumeurs de l'appareil urinaire ; le dimanche à 10 h. 1/2. — M. Cathelin : Technique urologique et petite chirurgie, jeudi à 9 h. — M. Courtade : Electricité appliquée aux maladies des voies urinaires; le mardi à 9 h. — M. Debains : Application de la cryoscopie à l'étude des lésions rénales ; le mercredi à 9 h. — M. Iselin : Complications de la blennorragie chez la femme ; le mardi à 10 h. — M. Motz : Anatomie pathologique de l'urèthre et de la prostate appliquée au diagnostic et à la thérapeutique des maladies de ces organes ; le samedi à 9 h. — M. Nogués : Diagnostic et traitement des uréthrites ; le vendredi à 9 h. — M. Pasteau : Conférences de cystoscopie avec examen des malades ; le lundi à 9 h.

Les cours complémentaires commenceront le 1er décembre 1904.

— Le Prof. Landouzy commencera ses leçons de clinique, le vendredi 11 novembre à 10 h. (à l'amphithéâtre de la clinique médicale) et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. Méry, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies infantiles, le mercredi 16 novembre 1904, à 10 h., à l'hôpital des Enfants-Malades, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

— Sous la direction de M. Mathieu, MM. Ch. Roux et A. Laboulais commenceront un cours théorique et pratique sur les maladies de l'estomac, le lundi 14 novembre 1904.

Le cours sera complet en un mois et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, à 5 h. 1/2 du soir.

Les travaux pratiques (examen de suc gastrique et autres procédés de diagnostic auront lieu les mêmes jours, de 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, avant le cours. Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins de 8 h. à midi et tous les soirs de 1 h. à 6 h., sauf les mercredis.

— Le jury pour le prochain concours d'ophtalmologie des hôpitaux comprendra MM. de Lapersonne, Morax, Richelot, Ricard, Chaput, Darier et Wurtz.

— Le jury pour le prochain concours d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux sera composé par MM. Lermoyez, Sébileau, Legueu, Félizet, Thoinot, Joffroy et Delbet :

Hôpital Beaujon. — M. Albert Robin reprendra ses leçons de thérapeutique le jeudi 1er décembre, à 10 h. du matin à l'amphithéâtre de l'hôpital Beaujon, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY.

SOMMAIRE

Echos des Assemblées Générales

Dimanche dernier, 20 novembre, se sont tenues nos diverses Assemblées générales, dans les salons Marguery.

A l'*Amicale*, une décision a été prise en ce qui concerne les doctoresses en médecine : elles peuvent bien être admises dans la Société, mais aucune indemnité ne leur sera accordée pour l'incapacité de travail causée par l'accouchement. Les accidents pathologiques de la grossesse, de même que les accidents puerpéraux, au contraire, ouvriront le droit à l'indemnité.

Au *Sou médical* une création nouvelle : celle d'une caisse de garantie destinée à couvrir le médecin contre les revendications civiles qui pourraient lui être suscitées à l'occasion de faits cliniques ou thérapeutiques accomplis par lui. Cette caisse sera alimentée par une somme de deux francs qui est surajoutée à la cotisation, et par un versement égal opéré par la Société propriétaire du journal le *Concours médical*, avec un aval de garantie de dix mille francs consenti par la société civile du « Concours médical » pour former caisse de réserve.

La cotisation au « Sou médical » se trouve ainsi portée à vingt francs. Les adhésions qui se produiront d'ici la fin de l'année partiront du 1er janvier 1905.

Les statuts, révisés en conséquence de ces modifications, portent que tout membre qui dorénavant voudra s'affilier au «Sou médical» devra :

1° Justifier qu'il appartient à une Association médicale régulièrement établie ou à défaut se faire présenter par deux parrains, membres du « Sou médical » ;

2° Envoyer un bulletin d'adhésion au conseil d'administration ;

3° Adresser au trésorier le montant de la cotisation ;

Aucun membre ne pourra être inscrit avant d'avoir accompli cette triple formalité.

A la *Société civile*, on s'est préoccupé de la création de membres correspondants destinés à servir de liens entre le Conseil de Direction et les membres du Con cours ou de ses œuvres. Sont ensuite venues les discussions sur la réforme des études médicales et sur le tarif ouvrier.

Il était plus de sept heures quand finissaient ces réunions diverses, et les invités au banquet commençaient à arriver — banquet, comme toujours, très nombreux et très réussi.

A l'heure des toasts, c'est la note union et entente qui a prédominé : tous les orateurs ont insisté sur la nécessité de l'action en commun comme étant le seul moyen d'aboutir. Et ces idées d'entente n'étaient pas de vains mots puisqu'elles s'étaient déjà affirmées dans des faits tout récemment, puisqu'à ce banquet même, on pouvait voir, pour la première fois, le Président de l'Association Générale des médecins de France assis entre le Président de l'Union des Syndicats et le

Président de la Société civile du Concours.

M. Brouardel, dans un langage imagé, a fait remarquer que toutes les associations ne pouvaient marcher du même pas ; que, si certaines faisaient *du quatre-vingts* à l'heure, d'autres devaient forcément se contenter d'une allure plus modérée, mais que toutes pouvaient et devaient, en vue du succès, s'appuyer mutuellement et faire bloc contre les incessantes difficultés que rencontre le corps médical.

C'est avec une vive satisfaction que nous enregistrons ces paroles, qui sont du meilleur augure pour l'avenir. Mais dussent-elles ne pas avoir l'effet que nous attendons d'elles, nous les opposerions à ces motions de discorde qui se font jour de temps à autre. Mieux vaut prêcher l'union que crier « raca » à ses confrères !

LA SEMAINE MÉDICALE

L'ophtalmie des nouveau-nés.

M. le Dr Morax a formulé, dans la *Revue pratique d'obstétrique et de Pédiatrie*, les principales indications du traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.

« Toute ophtalmie constatée doit être soignée de suite et considérée comme une affection grave, à moins que l'examen bactériologique n'autorise un pronostic bénin, basé sur l'absence du gonocoque. On n'imitera pas l'optimisme de certaines sages-femmes, qui, se basant sans doute sur l'évolution bénigne des ophtalmies non gonococciques, affirment aux mères que « ce ne sera rien ».

Si le médecin prend la responsabilité du traitement, il devra le surveiller attentivement, faire lui-même les instillations de nitrate d'argent et s'assurer chaque jour de l'état de la conjonctive et de la cornée. Il ne faut pas oublier que, plus le traitement sera rapide, plus grandes seront les chances d'une guérison prompte et complète. La première indication thérapeutique est de chasser la sécrétion purulente par des lavages répétés toutes les heures, surtout les premiers jours. Ces lavages seront faits avec de l'eau bouillie ou de l'eau boriquée tiède. M. Morax n'a pas vu d'avantages manifestes à l'addition de permanganate de potasse ou de chaux. L'appareil de Kalt, consistant en un petit pavillon de verre introduit entre les paupières, est plus dangereux qu'utile s'il n'est par manié pas des mains expertes. Mieux vaut l'écartement pur et simple des paupières avec les doigts et le lavage au moyen de tampons d'ouate hydrophile, ou encore avec une petite poire en caoutchouc que l'on aura eu soin de faire bouillir. Au cours de ces lavages, on évitera que le pus entraîné ne souille l'œil opposé, en cas d'ophtalmie monoculaire. Dans l'intervalle des lavages, il n'est pas utile d'appliquer un pansement. Si l'ophtalmie était monoculaire, on pourrait cependant, après avoir fait pendant deux jours une instillation prophylactique de nitrate d'argent à 2 p. 100, appliquer sur l'œil sain un pansement occlusif.

La cautérisation au nitrate d'argent en solution au 40e constitue la seconde partie importante du traitement. Après avoir absorbé la sécrétion purulente avec un tampon d'ouate hydrophile, on écartera les paupières avec l'index et le pouce et, avec un compte-gouttes, on instillera quelques gouttes de la solution argentique, de façon à remplir le cul-de-sac et à baigner le bord libre des paupières. Cela fait, on enlèvera aussitôt le liquide avec de l'ouate hydrophile. Ces cautérisations seront répétées deux fois par jour, les premiers jours, puis espacées toutes les vingt-quatre heures. On les continuera jusqu'à cessation complète de la suppuration.

Les nouveaux sels d'argent (protargol, argyrol) qui ont été préconisés pour remplacer les instillations douloureuses de nitrate d'argent ne paraissent pas présenter la même efficacité. Tant que leur supériorité réelle ne sera pas établie par des observations contrôlées bactériologiquement, on préconisera le traitement classique, dont l'efficacité est établie par une longue expérience. On n'omettra pas de prévenir les personnes en contact avec l'enfant du danger de contamination et du moyen fort simple de le prévenir par le savonnage des mains après chaque pansement.

Dans les ophtalmies non gonococciques, il n'y aura jamais inconvénient à recourir à ce même traitement. Pour les cas légers, une solution de nitrate d'argent à 1 p. 10 ou de sulfate de zinc au 40e aurait en général assez vite raison de la suppuration.

On a fortement exagéré le rôle de l'ophtalmie du nouveau-né dans l'étiologie de la cécité. Aux Quinze-Vingts, la statistique récente lui attribue un rôle de 0.6 p. 100 des cas. Nous sommes loin du 50 p. 100 indiqué par Magnus; mais la proportion est encore trop forte, puisque, ainsi que nous venons de le voir, nous avons en mains non seulement le moyen de prévenir l'ophtalmie grave du nouveau-né, mais encore de la combattre victorieusement lorsqu'elle s'est déclarée.

Traitement de l'urémie nerveuse par la ponction lombaire.

D'après M. le Dr E. Quénée, de Béthune, thèse, un certain nombre de cas d'urémie nerveuse étant attribuables, d'après les expériences de Souques et Castaigne, à la toxicité du liquide céphalo-rachidien, il paraît absolument rationnel et légitime de recourir à la soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien par la ponction lombaire, chez les sujets atteints d'urémie nerveuse et convulsive.

Il conviendrait, pour éclaircir le processus pathogénique de l'urémie nerveuse et le mode d'action de la ponction lombaire, de faire, dans chaque cas, la cryoscopie de l'urine et du sérum, et l'inoculation intracérébrale au cobaye du liquide céphalo-rachidien. Cela permettrait de mettre en lumière la valeur respective des facteurs, compression et intoxication, dans la pathogénie de l'urémie nerveuse.

L'iode comme topique utérin.

D'après M. Bonnaire et son élève, M. L. Aumond, thèse, l'iode est un excellent topique utérin, surtout dans la période post-puerpérale.

Pour les injections intra-utérines, il faudra employer un récipient en verre ou en émail, une

sonde en verre plate, avec courbure sur ses faces, percée latéralement et jamais à son extrémité ; éviter d'élever le récipient à plus de 50 centimètres au-dessus du lit.

On se servira de la solution iodo-iodurée de Tarnier, dont voici la formule :

Iode	3	grammes.
Iodure de potassium	6	—
Eau distillée	1000	—

Mais si ces lavages ne suffisent pas, avant d'arriver au curettage, M. Bonnaire emploie l'*attouchement iodé* qui, le plus souvent, modifie rapidement l'état de la malade. Pour employer ce procédé, il suffit d'imbiber le revêtement interne de l'utérus d'une couche de teinture d'iode. Ce procédé fort simple ne nécessite comme instrument qu'une tige métallique mousse, dont la longue pince à pansement utérin paraît le type parfait; à l'extrémité de cette tige, on enroule un bourdonnet de coton hydrophile, et avec ce tampon improvisé, imbibé de la solution de teinture d'iode du codex, on badigeonne et recouvre comme d'un vernis tous les coins et recoins de l'utérus. C'est là une sorte d'instillation utérine, on porte le topique à l'endroit même où il est nécessaire ; ce procédé, à ce seul point de vue, est déjà beaucoup plus sûr que l'injection utérine.

Surdité et consanguinité.

M. le Dr Marcel Natier, de Paris, a fait au Congrès de Médecine une communication, d'où il conclut nettement que la surdité des enfants nés d'unions entre consanguins n'est pas toujours scientifiquement attribuable à cette consanguinité. Toutefois, il cite deux cas de surdité qui se sont récemment présentés à lui et qui paraissent avoir été dans ces conditions d'hérédité consanguine.

Il s'agit de sœurs, respectivement âgées de 28 et de 25 ans, dont les parents, appartenant à une classe très aisée, sont cousins au second degré. Leur grand-père maternel est devenu sourd à 70 ans et l'est demeuré jusqu'à sa mort survenue dix années plus tard. Un oncle du même côté, âgé de 45 ans est sourd ; enfin le père l'est également depuis plusieurs années. La mère a eu dix enfants : 2 sont morts de méningite à deux et trois ans ; trois n'ont pas vécu ; une sœur a succombé à la tuberculose à l'âge de 26 ans et deux autres sont les sujets de l'observation, atteintes de surdité. Leurs antécédents personnels sont passablement chargés, surtout ceux de l'aînée qui, mariée depuis huit ans, a eu six enfants, dont trois seulement ont survécu. Elles n'ont jamais présenté d'affection de l'organe auditif proprement dit. La surdité a débuté chez l'une il y a six ans et chez l'autre deux ans plus tard. Elle est bilatérale, n'a cessé de s'aggraver et est accompagnée de bourdonnements. Les traitements tentés jusque-là n'ont été suivis d'aucun résultat favorable. Pas d'altération apparente du côté des oreilles.

Ces deux cas tendent à prouver qu'il est plus prudent de s'abstenir de mariages entre consanguins. Ils confirment, en outre, l'influence fâcheuse de l'hérédité et des mauvaises conditions générales sur la surdité. Les diapasons offrent des avantages réels dans le traitement de cette affection. Leur usage permet d'abord de procéder à une exploration exacte et minutieuse de l'ouïe. Ensuite, ils constituent le meilleur moyen de rééducation des sourds par les exercices acoustiques méthodiques. On peut continuer à s'en servir aussi longtemps que l'amélioration progresse ; on cesserait dans le cas contraire. Les résultats sont à peu près régulièrement favorables ; ils sont parfois fort longs à obtenir. Les rechutes sont toujours possibles. Elles surviennent surtout dans les cas de surdité ancienne et alors que l'amélioration n'était pas très marquée au moment de la suspension du traitement. Ces exercices réussissent souvent là où d'autres méthodes ont échoué, même dans certains cas considérés comme incurables et abandonnés comme tels. Ils ne nécessitent nulle intervention opératoire et ne déterminent aucune douleur. Ils sont destinés à restreindre de plus en plus le nombre des sourds. Ceux-ci, maintenant informés, devront y recourir plus tôt. Avant toutes choses, il ne faudra jamais négliger l'état général.

Le colchique dans le traitement de la goutte.

La vogue des salicylates a fait presqu'oublier l'emploi du colchique pour le traitement de la goutte.

M. le Dr Robin conseille, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, de l'employer de la manière suivante :

Alcoolature de fleurs de colchique	40	gr.
Teinture de fraxinus ornus	14	»
— de digitale	12	»
— de quinquina	8	»
— de belladone	6	»
— de glycyrrhizine	20	»

Comment le malade doit-il prendre cette préparation ? Si vous êtes en présence d'un homme de trente à trente-cinq ans, qui en est à son premier accès, vous agirez avec prudence : vous prescrirez C gouttes à diviser en quatre doses de XXV gouttes à prendre en quatre heures. Mais si votre malade a eu plusieurs accès, si la goutte a une tendance à être subaiguë ou à passer à l'état chronique, vous en ferez prendre une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau en quatre fois dans la matinée pendant deux à trois jours.

Après cette médication, deux phénomènes peuvent se produire. Ou bien le malade éprouvera un soulagement complet, une euphorie particulière : les douleurs disparaîtront ; la fièvre tombera, l'urine sera plus abondante ; ou bien, au contraire, il présentera des sueurs profuses, une diarrhée abondante. Vous devrez cesser immédiatement le traitement, si c'est la seconde de ces alternatives qui s'est produite. Dans le premier cas, au contraire, diminuez progressivement la dose et, au lieu de prescrire une cuillerée à café, donnez seulement LX gouttes pour diminuer les jours suivants à XL, à XX, à X gouttes et pour cesser quand toute sensibilité de l'articulation envahie a disparu.

Le Narcyl.

Le narcyl ou chlorhydrate d'éthyl-narcéine, est, d'après MM. Pouchet et Chevallier, un

★

corps peu toxique; sa toxicité peut être évaluée à 10 ou 12 centigrammes par kilogramme en injection intra-veineuse chez les gros animaux.

L'action de cette substance sur le système nerveux se fait sentir surtout sur le bulbe et la moelle.

Le narcyl ne possède pas d'action hypnotique ; par contre, il jouit d'un pouvoir analgésique considérable : cette analgésie est d'origine centrale. A hautes doses, il provoque une période très nette d'hyperexcitabilité cérébrale et médullaire suivie d'une période de dépression avec analgésie générale et paralysie. Son action la plus importante est celle qu'il exerce sur le pneumogastrique ; il agit comme dépresseur à doses thérapeutiques ; comme paralysant à doses toxiques et cette action se fait sentir aussi bien sur les fibres motrices que sur les fibres sensitives de ce nerf.

Cette action est surtout d'origine centrale ; les terminaisons périphériques sont touchées beaucoup plus tardivement ; il exerce une action analogue sur le grand sympathique, mais avec une intensité beaucoup moindre. La sécrétion urinaire est conservée.

En raison de son action sur le système nerveux central et surtout sur le pneumogastrique, le narcyl paraît être appelé à donner d'excellents résultats thérapeutiques comme analgésique, comme antispasmodique et particulièrement comme sédatif de la toux.

Il serait rationnel d'en essayer l'emploi avant toute chloroformisation afin de diminuer l'excitabilité du système nerveux.

La prostatectomie.

Le Dr Gallois, de Lille, a fait dans la *Revue pratique des maladies urinaires de Lille*; un article très intéressant sur la valeur thérapeutique et les indications de la prostatectomie, notamment dans l'hypertrophie de la prostate.

Il n'y a pas beaucoup de contre-indications à cette opération ; il n'y en aurait même pas (Proust), si l'on avait soin de préparer soigneusement le malade avant l'opération, de rendre sa vessie tolérante et de la désinfecter dans la mesure du possible. La principale indication de la prostatectomie est l'insuffisance du cathétérisme, surtout quand la situation sociale du malade ne permet pas des cathétérismes répétés faits aseptiquement ; elle est aussi particulièrement indiquée dans les rétentions aiguës, où le cathétérisme est insuffisant, dans les hypertrophies chroniques avec dysurie et poussées de cystite rebelle, dans les rétentions chroniques incomplètes aseptiques avec distension, etc., etc. De même les calculs vésicaux dans certains cas et le cancer de la prostate, mais ce dernier plus rarement, sont des indications.

Les deux procédés de prostatectomie employés sont : la prostatectomie périnéale et la prostatectomie transvésicale, dont Gallois donne le résumé de la technique opératoire. La méthode périnéale serait peut-être mieux réglée et posséderait à son actif un pourcentage de mortalité un peu moindre. Toutefois, il faut reconnaître que l'opération de Freyer n'a pas dit son dernier mot et qu'elle n'a pas non plus une mortalité bien élevée. Au point de vue du résultat de ces opérations, l'auteur conclut qu'après l'ablation de la prostate la vessie récupère peu à peu sa tonicité, son élasticité et sa rétractilité ; les tissus périuréthraux deviennent de plus en plus souples et n'occasionnent pas de rétrécissements secondaires ; sans doute la génitalité est abolie, mais la miction se fait mieux, la vessie se vide souvent d'une façon parfaite, et malgré que la pollakiurie et la polyurie soient de règle, l'aspect des urines est, en général, presque parfait. Enfin l'état général est, dans presque tous les cas, satisfaisant. C'est, en somme, comme l'a dit Voisselle, la santé revenue, une longue vie assurée, la menace de complications très graves écartée à tout jamais ; la substitution d'une vie relativement agréable à une existence insupportable, douloureuse et précaire.

Il semble donc, aujourd'hui, que la cause de la prostatectomie soit définitivement gagnée et que cette opération acquerra de plus en plus une vulgarisation que la simplification de sa méthode opératoire, qui s'améliore tous les jours, et les résultats qu'elle donne sont en droit de faire attendre.

MÉDECINE PRATIQUE

La carie dentaire.

La carie dentaire est la désagrégation des tissus de la dent. Cette désagrégation commence à la périphérie pour atteindre le centre, où siège la pulpe, détruire cette dernière et causer la mortification de la dent.

M. le Dr Léon Mathio a consacré sa thèse à l'étude de cette affection dentaire dont la fréquence est malheureusement trop connue et dont les conséquences sont si désastreuses pour la digestion, aussi bien que pour l'esthétique labiale. Nous emprunterons à ce travail les plus importantes remarques qui intéressent tout praticien.

Et d'abord, en quelques mots, nous signalerons les causes de la carie et les traits principaux des lésions ; puis, nous insisterons sur les méthodes d'exploration bucco-dentaires et sur le traitement prophylactique indispensable.

I

Les causes de la carie dentaire agissent grâce à la diminution de la résistance des dents, qu'entraînent une modification de l'état général du sujet et une transformation du milieu buccal.

En première ligne, il faut placer les influences climatériques et les influences hydrologiques, qui sont souvent capitales sur le développement général de la carie. Certaines contrées paraissent plus éprouvées que d'autres : ainsi la carie est très fréquente dans les départements des Bouches-du-Rhône, de la Meuse, du Pas-de-Calais, des Basses-Pyrénées, des Hautes Pyrénées, du Lot-et-Garonne, de la Dordogne, de la Gironde, des Landes et toute la Normandie. D'après M. Salles, de Bordeaux, il faut incriminer surtout l'eau de boisson imprégnée de ferments dus à la décomposition de la bruyère, ainsi que l'alimentation par les conserves de porc salé, etc.

L'hérédité est aussi, souvent, une cause importante de développement de la carie dentaire.

L'hérédo-syphilis et l'hérédo-rachitisme sont d'importants facteurs de transmission de la crise. Les hérédo-syphilitiques, en particulier, présentent des érosions dentaires dues à des troubles dans l'évolution et la nutrition de la dent. Hutchinson, qui le premier les a bien décrites, a laissé son nom attaché à cette affection.

Les causes d'hypo-minéralisation sont également des facteurs étiologiques puissants de la carie dentaire. En première ligne, signalons la grossesse, et toutes les affections tant physiologiques que pathologiques, qui entraînent des modifications générales de la nutrition et abaissent ainsi le coefficient de résistance auquel n'échappe pas le milieu buccal. Certaines professions favorisent également le développement de la carie : chimistes, allumettiers et pâtissiers en sont fréquemment atteints. L'acide, le phosphore et le sucre sont, en effet, d'excellents agents de destruction dentaire.

Le régime alimentaire joue également un rôle capital. Certains aliments, certaines boissons sont sans action sur le milieu buccal ; mais d'autres, par la réaction acide qui leur est propre ou par la fermentation qu'ils subissent dans la bouche, modifient la réaction salivaire : ainsi certaines boissons acides ou sucrées, le cidre, les orangeades, les gâteaux et les bonbons.

Cette hyper-acidité constante ou passagère du milieu buccal détermine des réactions chimiques destructives sur le tissu périphérique de la dent.

La carie siège de préférence sur les dents de la mâchoire supérieure et Magitot, dans ses statistiques, en a observé 6.000 contre 4.000, situées sur le maxillaire inférieur. D'après lui, le côté droit serait plus fréquemment frappé que le côté gauche, et, de toutes les dents les prémolaires paieraient le plus fort tribut à la carie.

Telles sont les principales causes prédisposantes de la carie dentaire. Quant aux causes véritablement efficientes, elles sont fortement discutées.

Dès l'origine de la science odontologique, les dents furent comparées au tissu osseux, et la cause de la carie fut rattachée à une question de vitalisme général.

Les progrès de l'histologie ont montré que le tissu dentaire offre quelques différences avec le tissu osseux, tant dans sa constitution que dans son évolution.

Parmley et Magitot ont longtemps soutenu que la carie dentaire était, en somme, le résultat d'une action chimique des acides lactique et butyrique, provenant des fermentations interstitielles dentaires.

Enfin, depuis les travaux de Pasteur, on commence à proclamer à peu près universellement la vraisemblance de la théorie chimico-parasitaire (Galippe, Vignal, Muller, Arkony, Goadley, etc) Les auteurs ont décrit trois catégories de microbes : 1° Les producteurs d'acide, décalcificateurs du tissu dentaire ; 2° Les chromogènes de la pigmentation ; 3° Les liquéfacteurs de la dentine.

La théorie est la suivante : L'acide dû à la fermentation des aliments par le microbe attaque les prismes de l'émail, qu'il décalcifie ; puis, l'ivoire, dont les couches périphériques, d'une constitution alvéolaire (lacune de Czermac) riche en substance organique, constituent pour les microorganismes un excellent milieu de culture.

II

La carie débute toujours par la périphérie de la dent ; l'émail est d'abord attaqué, et pour en arriver à la destruction de la pulpe, et à la mortification de la dent, il faut passer par quatre étapes : destruction de l'émail, destruction de l'ivoire, inflammation de la pulpe, destruction de la pulpe et infection des canaux radiculaires.

1er et 2e degrés. — A chaque degré correspondent des symptômes qui leur sont propres.

La carie du premier degré ne nous est révélée que par un signe physique : l'existence d'un dépoli de l'émail.

Celle du deuxième degré, par une cavité dont la situation, les dimensions et la forme sont essentiellement variables.

L'émail, d'origine épithéliale, organe éminemment protecteur, dépourvu de fibres sensitives, ne peut réagir par une douleur quelconque.

L'ivoire au contraire, d'origine conjonctive, constitué au point de vue embryogénique par la sécrétion de cellules dites odontoblastes, est un organe sensitif. Cette sensibilité obtuse dans les couches périphériques devient exquise dans le voisinage immédiat de la pulpe. Aussi la carie du second degré présentera des phénomènes douloureux d'autant plus grands qu'elle sera plus avancée. Cette douleur ne sera pas spontanée, mais toujours déterminée par l'application d'agents extérieurs.

Les impressions thermiques, le chaud et le froid, agissant sur les fibrilles nerveuses des canalicules de Tomes, produisent une sensation des plus vives. Les traumatismes de la mastication, la percussion de la dent sont d'autant plus douloureuses que nous sommes plus près de la pulpe.

3e degré. — Dans la carie du troisième degré la chambre pulpaire est mise à nu ; elle apparaît par un point rougeâtre, variable avec l'ouverture de la cavité.

Mise à nu, elle est traumatisée et réagit en se congestionnant ; les vaisseaux se dilatent et la pulpe renfermée dans des limites trop étroites comprime les extrémités nerveuses.

La douleur est alors spontanée, dure très longtemps, accompagnée parfois d'hémorragies pulpaires. La chaleur l'augmente par son action dilatatrice, le froid la diminue.

La percussion de la dent est douloureuse, l'exploration de la pulpe provoque une douleur foudroyante.

4e degré. — C'est surtout lorsque la pulpe vient d'être mise à nu qu'elle réagit brutalement. Plus tard, lorsque l'orifice sera devenu plus grand par le progrès destructif de la carie, elle pourra se développer librement à l'extérieur de la dent, évitant par cette hypertrophie les douleurs violentes de compression. Elle n'est cependant pas alors à l'abri de la douleur que le moindre traumatisme peut réveiller.

Sous l'influence des attaques microbiennes et des traumatismes, la pulpe, lasse de réagir, se laisse envahir et se nécrose. Elle a perdu toute sa vitalité ; la dent est morte et infectée. Nous sommes alors en présence de la carie du quatrième degré.

La cavité cariée est immense ; la dent, d'une

teinte noirâtre due aux débris alimentaires, substances en putréfaction dans la cavité, est insensible : le froid, le chaud, la percussion sont sans effet. Si la douleur vient à reparaître, c'est que nous sommes en présence d'une complication ; l'alvéole dentaire est atteinte, un abcès est en formation.

Diagnostic de carie.— Le diagnostic de la carie se fait rapidement ; au seul examen des dents et à l'aide du miroir et de la sonde, le praticien diagnostiquera le degré de la carie qu'il aura à soigner. Nous avons déjà fait remarquer que le diagnostic entre une carie du premier degré et un début de carie du second degré est parfois difficile à distinguer. L'une et l'autre sont presque insensibles aux impressions thermiques et aux traumatismes de la mastication.

Le diagnostic entre la carie profonde de l'ivoire et celle où la pulpe est enflammée est parfois fort difficile à établir. Dans les deux cas, la percussion est également douloureuse ; car la pulpe ou est libre, ou n'est protégée que par un rempart d'ivoire insuffisant.

Cette erreur de diagnostic peut avoir une importance considérable pour le traitement obturateur. Dans le cas où la pulpe est à nu, on doit la détruire ; dans le cas où elle est encore recouverte, on doit faire effort pour la protéger et lui conserver toute sa vitalité.

Le diagnostic se basera sur les symptômes suivants : dans la carie du deuxième degré, la douleur n'est pas spontanée ; elle est toujours due à un traumatisme et dure peu de temps.

Dans le cas de troisième degré, la pulpe à nu s'enflamme ; la douleur est alors spontanée, dure longtemps et le malade est atteint d'une rage de dents.

On aperçoit au miroir, avee un bon éclairage, dans le premier cas, la pulpe par transparence, dans le second directement.

A la sonde, on a la sensation d'une cavité nettement délimitée sans autre orifice que l'orifice externe, pour le deuxième degré. La sonde s'engage au contraire dans un nouveau pertuis interne pour le troisième degré.

Le diagnostic entre la carie du troisième degré et celle du quatrième est relativement facile. Dans le premier cas, la dent est vivante, colorée normalement dans les parties éloignées de la carie. La douleur existe violente, spontanée, réveillée à la moindre cause.

Dans la carie du quatrième degré, la pulpe et la dent sont mortes : plus de douleur spontanée ou provoquée ; la dent est laiteuse, opaque. La sonde s'engage facilement dans les canaux radiculaires et le plus petit curetage suffit à mettre à jour l'orifice de ces canaux.

Quand, à cet état de la dent morte, s'est surajoutée l'inflammation du périoste alvéolo-dentaire, par propagation de l'infection radiculaire, la dent devient douloureuse à la percussion. Mais l'odeur des débris retirés de la cavité, l'allongement sensible à la langue de cette dent, sa mobilité anormale et l'impossibilité de mâcher les aliments, viennent faciliter le diagnostic.

Il peut exister une nouvelle difficulté de diagnostic entre la carie de l'ivoire du second degré et le quatrième degré. Les douleurs de pulpite de la face intermédiaire ne sont parfois en effet nullement ressenties, et ce n'est qu'au moment de l'infection des canaux radiculaires que le patient éprouve quelques vagues douleurs passagères en rapport avec les traumatismes supportés par la dent. L'orifice externe de la carie peut être, d'autre part, très petit et le pertuis interne se trouver dans un recoin de cette cavité et échapper ainsi à la sonde. Dans ce cas, un curetage soigné de la cavité pourra seul conduire à un diagnostic précis.

Pronostic — Le pronostic des caries dentaires est bénin. A l'époque actuelle, les progrès de l'art dentaire ont été tels et les moyens thérapeutiques si perfectionnés, que toutes les dents sont susceptibles d'être soignées et conservées. La négligence des malades, qui viennent vous trouver au moment seulement où se manifestent les complications du 4[e] degré, assombrit seul ce pronostic. On ne peut lutter contre la périostite, les abcès alvéolaires, les fluxions, quelquefois même le phlegmon que par un procédé plus radical et moins conservateur que l'obturation, l'extraction de la dent.

L'évolution de la carie dentaire est toujours progressive et la destruction de la dent arrive généralement en deux ans. Chez les jeunes sujets, il peut arriver que la carie ne dépasse pas le 2[e] degré ; de nouvelles couches se reforment, une dentine secondaire se constitue et l'on a alors affaire à la carie noire ou sèche de Fauchard.

III

Prophylaxie.

La véritable prophylaxie de la carie dentaire consiste tout d'abord à tonifier l'état général par les phosphates et l'huile de foie de morue. Il faut, ensuite, pratiquer une hygiène sévère locale de la cavité buccale, par le lavage et le brossage.

La brosse de choix est la brosse de crin animal. La brosse de caoutchouc doit être absolument rejetée comme incapable de remplir les mêmes fonctions que la précédente. La grosseur des brins de caoutchouc est trop grande pour pénétrer dans les interstices dentaires.

La longueur des crins ne doit pas être égale sur toute la longueur de la brosse ; vue de profil, elle doit présenter l'aspect d'une scie dont la dernière dent serait beaucoup plus développée que les autres. Le brossage des dents doit se faire, non plus horizontalement comme la routine le préconise, mais verticalement de telle façon que les particules organiques, débris épithéliaux ou alimentaires qui se trouvent sur la face des dents ne soient point rejetés et tassés dans les sillons interdentaires et que cette portion n'échappe point au frottement. Ce frottement doit être doux pour ne point excorier la gencive. Il peut cependant être assez énergique, le brossage journalier entretenant la tonicité gingivale et les dents se déchaussant le plus souvent moins parce qu'on les a trop brossées que parce qu'on ne le fit point assez.

Le brossage des dents doit porter successivement sur les différentes faces dentaires : la face linguale, la face vestibulaire ou jugo-labiale, enfin la face triturante. Il doit se faire, la bouche pleine d'eau ou de liquide dentifrice, ce qui adoucit les frottements et permet surtout aux particules alimentaires détachées de s'échapper

aussitôt de la bouche et de n'être point tassées dans les cavités et recoins dentaires.

Nous rappellerons, simplement pour mémoire, l'utilité du cure-dents et du fil que l'on passe entre les incisives, les canines et les prémolaires pour les débarrasser de tout élément étranger. Le fil a sur le cure-dents l'avantage de ne point faire saigner la gencive.

Quel doit être ce liquide dentifrice et quelle pâte doit-on employer ? Nous ne voudrions pas à ce propos avoir l'air de nous élever contre les élixirs répandus à profusion chez les barbiers, parfumeurs et pharmaciens, ni de faire de la réclame pour ou contre l'eau dentifrice des Bénédictins ou du docteur Pierre. Nous en ignorons la composition et ne voulons point la connaître.

Un liquide ou pâte dentifrice doit posséder plusieurs qualités :

1° Etre neutre, d'un parfum et d'une saveur agréables ; laisser la bouche dans un état de fraîcheur plein de charme et corriger la sécheresse de la bouche consécutive aux nuits sans sommeil, aux états fébriles, aux débauches d'alcool, de tabac, de toute nature.

2° Entretenir la tonicité et la propreté de la bouche par ses propriétés astringentes et antiseptiques.

Cette neutralité que nous avons exigée d'un dentifrice est incompatible, dans certains cas, avec le bon état de certaines bouches dont les sécrétions n'ont pas la neutralité habituelle. Les dents ne se conservent qu'en milieu neutre ; l'acidité détruit l'émail par décalcification et prédispose ainsi l'ivoire à l'invasion microbienne. L'alcalinité favorise les putréfactions buccales et le développement des microbes de toutes sortes. On comprend dès lors aisément qu'aux sécrétions alcalines on devra opposer un dentifrice acide, aux sécrétions acides, un dentifrice alcalin. L'acidité et l'alcalinité de la bouche étant reconnues à l'épreuve du papier de tournesol, il sera facile de se conformer à ces indications.

Nous allons donner quelques formules d'élixir et de pâtes dentifrices en montrant qu'elles possèdent les qualités que tout hygiéniste peut réclamer d'elles. Tout d'abord un élixir type, c'est-à-dire convenant aux bouches à sécrétion neutre :

Elixir type.

Formol à 40 p. 100	2	gr.	
Teinture de quinquina	60	»	
Glycérine	60	»	
Essence de menthe	2	»	
Essence d'anis étoilé	1	»	50
Essence de girofle	1	»	
Essence de cannelle	1	»	
Alcool	100	»	

Le formol, par ses propriétés antiseptiques des plus marquées, entretiendra l'asepsie buccale ; par ses propriétés astringentes, il donnera de la consistance aux gencives.

La teinture de quinquina est un tonique et un astringent dont les propriétés se feront sentir rapidement sur les gencives.

La glycérine adoucira l'effet parfois un peu vif du formol et du quinquina ; elle servira de véhicule.

Les diverses essences d'anis, de girofle, de menthe, de cannelle, donneront l'odeur et la saveur à cet élixir et ne précipiteront pas dans l'alcool.

Les pâtes, les unes acides, les autres neutres sont basées sur le même principe. La seconde des poudres neutres en particulier est à recommander dans les gingivites rebelles ; le chlorate de potasse qui s'y trouve inclus activera par son oxygène naissant la nutrition des tissus et leur reconstitution.

Poudres neutres.

1°	Carbonate de chaux	60	gr.	
	Sulfate de quinine	2	»	
	Saponine	0	»	20
	Essence de menthe	20	gout.	
	Carmin	q. s. p. col.		
2°	Chlorate de potasse	20	gr.	
	Poudre d'amidon	60	»	
	Laque carminée	4	»	
	Sacchar. dissoute dans de l'alcool	0	»	10
	Vanilline » »	0	»	015

Poudre acide.

Acide borique	10	gr.	
Poudre d'amidon	50	»	
Chlorhydrate de quinine	1	»	
Saccharine	0	»	010
Ocre jaune	1	»	
Ionone	0	»	50
Vanilline dans alcool	0	»	15

Mais, entre tous les dentifrices, il en est un, peu employé jusqu'ici et qui cependant jouit de remarquables propriétés, c'est *l'eau oxygénée*.

Pouvant s'employer à volonté, en solution acide ou alcaline, à la dose de 6 volumes, ce qui est la solution commerciale dédoublée, l'eau oxygénée aura l'avantage, par son oxygène naissant, de décomposer les matières organiques inacessibles à la brosse dans les espaces interdentaires et dans les cavités des dents cariées ; par une oxygénation directe, de raffermir les gencives et de prévenir toutes les infections de la bouche, angines, aphtes, stomatites, leucoplasies buccales, enfin de garder aux dents leur blancheur éclatante.

On en use comme d'un dentifrice ordinaire par le rinçage et le brossage concomitant de la bouche ; malheureusement, son goût fade nécessite l'emploi d'une eau parfumée et ses propriétés décolorantes le rendent dangereux pour la barbe et la moustache du sexe fort.

Cet inconvénient est un avantage chez la femme qui pourra du même coup entretenir le bon état de sa bouche et prévenir les moustaches, l'eau oxygénée étant en effet et le meilleur dentifrice et le meilleur topique épilatoire contre les poils follets.

Dr Paul HUGUENIN.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement actuel du mal de Bright.

(Suite et fin).

Nous avons analysé dans un précédent article une étude du Dr Hale White (1) sur la thérapeutique actuelle du mal de Bright, étude présentée au 72e Congrès de l'Association britannique. Nous allons compléter le sujet en exposant les principales considérations soumises à la même assemblée scientifique par quelques praticiens autorisés, von Noorden, Saundby, West, etc.

(1) *Concours médical* du 5 novembre (n° 45).

I

Je désire mettre en relief, dit le professeur von Noorden (de Francfort), plusieurs particularités intéressant le traitement du mal de Bright chronique.

La première concerne la différence entre la viande blanche et la viande rouge. J'ai émis l'opinion que rien, ni dans l'observation clinique, ni dans l'analyse chimique, n'expliquait la préférence accordée aux viandes blanches dans le traitement des néphrites chroniques. Toutes les publications parues depuis sur la question ont confirmé ce que j'avais avancé. Je n'ai pas besoin de dire combien le régime diététique du mal de Bright se trouve ainsi facilité. Il est bien entendu qu'on ne permettra jamais une alimentation très riche en viande dans cette affection, mais lorsqu'on jugera à propos d'en laisser prendre, on pourra satisfaire les goûts du malade quant au choix de la viande elle-même.

Le second point est relatif à la quantité d'eau que l'on doit recommander aux sujets atteints de néphrite chronique. M'en rapportant à une expérience qui date de nombreuses années et à mes recherches sur la nutrition, je tiens pour inutile le « lavage » de l'organisme par une surabondance de liquide. J'ai appelé l'attention sur les dangers que fait courir aux brightiques l'excès de boisson et sur les avantages qu'il y a, ici comme dans les cardiopathies, à limiter d'une manière rationnelle l'eau absorbée.

Cette thèse n'a pas été sans soulever des contradictions. Strauss, de Berlin, l'a combattue ; mais d'autres auteurs s'y sont rattachés, le Prof. Pel, d'Amsterdam, et le Prof. Koranyi, de Buda-Pesth, entre autres. Pendant ce temps, d'ailleurs, mes observations cliniques se multipliaient et je puis à nouveau insister sur le bénéfice que tirent nombre de malades de la restriction des liquides à 1 litre 1/2 environ par jour. Le résultat favorable sur la dilatation du cœur aussi bien que sur les accidents dyspnéiques est remarquable.

Durant ces deux dernières années j'ai fixé mon attention sur un troisième point : l'influence de l'exercice musculaire sur l'évolution du mal de Bright. En Allemagne, on a l'habitude, aussitôt le diagnostic de mal de Bright posé, de restreindre immédiatement au minimum tous les exercices musculaires ; beaucoup de praticiens allemands même commencent par confiner le patient au lit. J'accorde que la fatigue doit être évitée, mais de là à cesser tout mouvement il y a une nuance. Je pense, au contraire, qu'une éducation systématique des muscles peut être des plus utiles. Il en résulte parfois un accroissement transitoire de l'albuminurie, puis celle-ci décroît après une ou deux semaines et devient souvent moindre qu'auparavant. Je n'insiste pas sur ce détail : le fait important est, en l'espèce, l'amélioration du cœur.

On adoptera, en pareil cas, les règles énoncées par Oertel dans le traitement des cardiopathies et on entraînera le patient prudemment à la gymnastique, à la marche et aux ascensions. Le début ne va pas sans quelque difficulté et chez les malades soignés dans leurs familles on éprouve fréquemment un échec. Aussi la cure dans une maison de santé ou une station thermale est-elle préférable.

Un quatrième point important à noter est l'influence de l'obésité sur le mal de Bright. C'est une association des plus communes et des plus dangereuses. Les deux états morbides conduisant l'un et l'autre au surmenage et à l'épuisement précoce du cœur, on doit prendre soin de réduire l'obésité dès que la néphrite chronique est installée. Toutefois on agira avec précautions et il est nécessaire de procéder très lentement. Alors que le poids d'une personne obèse saine peut être réduit sans danger de 4 à 6 kilogr. en 4 semaines, il faut mettre autant de mois pour arriver au même résultat si le brightisme accompagne l'obésité.

Les inconvénients de l'obésité sont une raison nouvelle pour ne pas recommander trop exclusivement la diète lactée ; celle-ci favorise la production du tissu adipeux et d'autre part inonde l'organisme de liquide.

II

Le professeur Saundby, de Birmingham, s'attaque surtout à la doctrine de l'incurabilité du mal de Bright.

On enseignait il y a 30 ans, dit-il, non seulement que la néphrite chronique ne pouvait pas guérir, mais encore qu'elle évoluait et amenait une terminaison fatale en peu d'années. Aussi longtemps que cette opinion a eu cours, tout effort thérapeutique s'est trouvé découragé et l'on s'en est tenu à des règles hygiéniques et diététiques sévères. On considérait tout albuminurique comme en danger imminent, on le traitait comme un véritable invalide, on le maintenait à une diète rigoureuse, on règlementait son existence, lui interdisant le travail, les affaires, tout en le condamnant à une sentence de mort dans un laps de 2 à 3 années.

J'ai examiné dernièrement un homme de 49 ans qui avait été refusé en 1884, par les conseils médicaux d'une compagnie d'assurances sur la vie, pour cause d'albuminurie. A cette époque, son urine fut analysée à diverses reprises et on y trouva constamment de l'albumine en quantité considérable. Deux médecins connus déclarèrent qu'avec les plus grands ménagements et en changeant totalement son genre d'existence le malade pourrait vivre deux ans environ. Cet homme aimait les sports, les exercices et la marche; malgré les recommandations qui lui étaient faites, il continua sa manière de vivre antérieure. Actuellement, il se déclare en parfaite santé, son système musculaire est bien développé ; néanmoins, le pouls radial est dur, la pointe bat sur la ligne mamelonnaire verticale et l'urine contient 0 gr. 15 pour 100 d'albumine. C'est un exemple de mal de Bright qui a, apparemment, duré 20 ans et ne semble pas, heureusement, être à son dernier stade.

La notion que toute albuminurie, même toute albuminurie d'origine rénale, ne signifie pas nécessairement mal de Bright, le cède en importance à ce fait que le brightisme chronique est compatible avec 20, 30 années et plus de survie. En 1893 et 1894, je soignai, à plusieurs occasions, un jeune avocat atteint d'anasarque et d'albuminurie intense. On l'avait confiné au lit et à la chambre ; ses œdèmes ayant disparu, il se rendit à Ceylan. Tout récemment son médecin m'écrivait qu'il se porte à merveille ; son urine ne contient plus d'albumine. Ce cas présentait la symptomatologie du gros rein blanc et bien que,

depuis longtemps, je ne cherche plus à faire un diagnostic pathologique de ce genre, il n'est pas douteux pour moi qu'il s'agissait d'un mal de Bright chronique consécutif à une néphrite aiguë.

Indiscutablement, tout brightisme qui semble guéri peut être simplement latent. L'affection fait alors des progrès difficiles à reconnaître et se manifeste à nouveau au bout d'un nombre variable d'années. Le facteur qui détermine le développement de la néphrite chronique nous est inconnu ; peut-être est-ce une toxine formée dans l'intestin ou dans tout autre point de l'organisme. Nous n'en savons rien de plus et nous sommes incapables de préciser les conditions dans lesquelles la toxine en question prend naissance. Nous pouvons dire, cependant, que certaines familles y sont prédisposées, que certains processus infectieux ou toxiques (plomb, alcool, acide urique) favorisent l'éclosion de la maladie.

On admet généralement que le brightique doit vivre dans un climat sec, égal, à l'abri de l'humidité et des changements de température : toutes ces conditions sont rarement réunies au même endroit et il faut se contenter, en somme, de pallier aux défauts du climat par des vêtements de laine appropriés. On défendra l'alcool qui ne saurait être que dangereux. Sur les autres points du régime nous pouvons être plus libéraux et, tout en ne permettant aucune boisson alcoolique, laisser au patient le choix d'un régime mixte. La viande de boucherie devra être prise seulement en quantité modérée et une fois par jour. S'il existe de la céphalée ou des symptômes analogues, il vaut mieux supprimer la viande rouge, la volaille et le gibier et n'autoriser que le poisson, les farineux, les légumes, les fruits, le lait et le beurre. Dans les cas plus intenses, le poisson sera à son tour rayé du régime ; puis s'il y a lieu, on éliminera les farineux, les légumes et les fruits, pour s'en tenir au lait.

III

Le Dr West, médecin de l'hôpital St.-Bartholomew, de Londres, parle de la diète, des médicaments utiles au brightique et du traitement des principaux symptômes.

Diète.

Dans la néphrite aiguë, on met habituellement et avec raison le malade au régime lacté exclusif. Il arrive toutefois un moment où il faut donner au sujet une alimentation plus substantielle. Le lait, en effet, n'est pas la meilleure nourriture des adultes : bien qu'on puisse vivre un temps très long uniquement en buvant du lait, la nutrition souffre d'un tel régime, les muscles et les tissus perdent de leur vigueur, ils deviennent mous et flasques. La guérison d'une néphrite aiguë exige le remplacement des cellules dégénérées du rein par d'autres cellules normales et ce travail de réparation demande, pour s'effectuer convenablement, une bonne nutrition générale. Aussi, après un certain temps, y a-t-il avantage à changer de régime, à passer à une diète plus libérale. Choisir le moment est une question d'expérience. Dans la néphrite chronique interstitielle, cette cause d'embarras n'existe pas : dans cette affection, selon moi, la diète lactée complète est à rejeter.

On se guide souvent, en matière de traitement, sur l'albuminurie : plus celle-ci est abondante et moins on donne d'aliments riches en albuminoïdes. Or, l'albuminurie n'est qu'un symptôme et non la maladie elle-même. D'autre part, la quantité d'albumine éliminée constitue une perte insignifiante et, serait-elle beaucoup plus grande, qu'elle ne troublerait pas pour cela la santé.

La diète, utile dans un cas de néphrite aiguë, ne l'est pas nécessairement dans un cas chronique. Les aliments dont il convient de s'abstenir sont les extraits de viande, les soupes concentrées dont la valeur nutritive est minime et qui surmènent beaucoup le rein, organe chargé de l'élimination des matières extractives. On évitera également l'alcool, la fatigue, la dépression morale. D'une manière générale, dans toutes les formes de néphrite chronique, on doit faire en sorte de maintenir la santé générale à son niveau normal et, pour cela, un régime assez nutritif est préférable.

Médicaments :

Le traitement médicamenteux de la néphrite chronique se réduit à peu près exclusivement aux indications symptomatiques. On se rappellera toutefois, que le tissu rénal est non seulement excréteur, mais peut être aussi sécréteur. Il est possible que certains symptômes tiennent à une insuffisance de la sécrétion néphrétique et soient améliorables par l'opothérapie. Cette donnée n'est pas encore absolument précise, les expériences physiologiques et les essais cliniques n'ayant pas été jusqu'à ce jour concluants. Je crois, cependant, avoir noté quelque bénéfice de l'administration aux malades de l'extrait rénal fraîchement préparé.

Traitement des symptômes :

Le plus important de tous les symptômes du mal de Bright est le trouble apporté à la tension artérielle.

Lorsque j'étais étudiant, on nous enseignait que les deux meilleurs remèdes, dans l'hématurie abondante de la néphrite aiguë, étaient la digitale et l'antimoine. Je suppose qu'on recherchait leur action sur la circulation, que la digitale élève et que l'antimoine déprime.

Dans la néphrite parenchymateuse chronique, la tension vasculaire est presque toujours affaiblie : la digitale, ici, est un bon remède en raison de ses effets sur le cœur et sur le système artériel. Dans la néphrite interstitielle, la tension vasculaire est au contraire exagérée, bien que cette règle souffre des exceptions. J'estime qu'il vaut mieux, pour un patient atteint de cette forme de brightisme, avoir une pression artérielle plutôt un peu surélevée qu'affaiblie. Il est évident, dès lors, que selon les circonstances, la digitale sera utile ou nuisible, ce qui explique les divergences d'opinion sur son emploi dans les néphrites. Si la tension vasculaire est basse, elle améliore le patient. C'est l'opposé, si la tension est haute. L'antimoine, dans ce dernier cas, n'est pas à recommander ; car il déprime l'organisme outre mesure. Parmi les autres agents dépresseurs de la circulation, les plus importants sont les nitrites et la pilocarpine. Des doses de pilocarpine trop faibles pour produire la diaphorèse suffisent à amener un soulagement à bien des symptômes du mal de Bright : la céphalée, les crampes musculaires et l'insomnie entre autres.

IV.

Le Dr Newman, chirurgien de l'infirmerie royale de Glascow, vient finalement dire quelques mots du traitement chirurgical des néphrites. Après avoir rappelé les interventions opératoires appropriées aux suppurations et aux infections rénales unilatérales, il aborde la question du traitement des néphrites chroniques ordinaires par la décapsulation du rein (procédé d'Edebohls). S'appuyant sur 26 observations cliniques, il présente les conclusions suivantes :

a) La décapsulation et l'incision du rein soulagent les douleurs lombaires.

b) Elles ne sauraient procurer de bons effets qu'au début de l'affection et non quand il existe des lésions anciennes.

c) L'anurie du mal de Bright peut être temporairement atténuée et l'existence prolongée par la décapsulation ; la dyspnée et les œdèmes peuvent s'améliorer durant un certain temps, mais on ne saurait espérer une guérison définitive.

d) Dans l'anurie, accompagnée de symptômes urémiques, de la néphrite aiguë ou subaiguë, l'incision de la capsule et de la couche corticale du rein, en diminuant la tension et la congestion du parenchyme, permet à l'organe de reprendre ses fonctions : on voit alors la sécrétion urinaire redevenir active et abondante.

Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Considérations personnelles sur la médication thigénolée en gynécologie.

Il y a huit mois environ, nous étions appelé en consultation à Charenton, auprès d'une femme de 34 ans qui avait fait 5 jours auparavant, une fausse couche de 3 mois dans de déplorables conditions. Elle présentait des signes manifestes d'infection. La température était élevée, elle atteignait 39°. Une douleur très vive à la pression occupait toute la région hypogastrique et les fosses iliaques. Il existait un empâtement diffus principalement à gauche. Le toucher très douloureux permettait de reconnaître un œdème considérable occupant les culs-de-sac latéraux. La trompe était volumineuse et saillante à gauche. Il n'y avait pas de vomissements ; le pouls était bon quoique à 90. Nous pensâmes, avec notre confrère, qu'il s'agissait d'une salpingite double suraiguë avec périmétrite et nous instituâmes le traitement.

Cinq mois après, en juin, cette femme venait à notre consultation. Depuis sa fausse couche, elle souffrait beaucoup dans la région hypogastrique iliaque gauche, elle se plaignait aussi de vives douleurs lombaires. En même temps, une leucorrhée abondante la gênait fort. Les règles étaient douloureuses et prolongées.

L'examen nous montra un col épaissi, ulcéré, un utérus volumineux en antéversion. La trompe gauche hypertrophiée, adhérente à la matrice, était très douloureuse. Les annexes droites moins sensibles étaient accessibles dans le cul-de-sac postéro-latéral.

Notre malade supportait depuis deux mois et demi des pansements ichtyolés faits tous les deux jours par son médecin traitant, et bien que son affection lui semblât moins douloureuse, elle ne constatait pas un sensible changement.

Justement, à cette époque, la Faculté de Paris venait de publier la thèse du Dr Rousseau, de Tours, qui appelait l'attention des praticiens sur les bons effets des pansements thigénolés dans les affections gynécologiques. Dès lors, l'idée nous vint d'essayer le thigénol sur ces lésions tenaces que l'ichtyol avait à peine influencées.

Après avoir fait préparer une solution glycérinée de thigénol titrée à 45 %, nous avons fait tous les deux jours un pansement vaginal en portant sur le col utérin un tampon fortement imbibé de ce médicament. Les jours intercalaires, notre malade plaçait elle-même un ovule au thigénol titré à 30 %. De cette manière notre malade se trouvait constamment sous l'influence de l'agent médicamenteux.

Les résultats ne se firent pas attendre. Dès le quatrième pansement, c'est-à-dire au bout de huit jours, les douleurs lombaires et iliaques avaient à peu près disparu, et au bout de quinze jours la malade était complètement soulagée. Alors, mais seulement alors, nous eûmes recours au massage abdominal fait doucement, pendant 5 minutes environ, afin de réduire la déviation utérine et de faciliter l'action du thigénol.

Au bout d'un mois de traitement, la leucorrhée était devenue plus fluide, de couleur nacrée, bien moins abondante. Les menstrues furent moins douloureuses, quoique prolongées encore.

Deux mois après que la malade était venue nous consulter, la leucorrhée était presque insignifiante. Les règles indolores durèrent cinq jours seulement ; l'état général était amélioré ; la malade n'éprouvait plus les troubles dyspeptiques que son médecin avait justement attribués à son mauvais état gynécologique.

A l'examen, le col et le corps utérin étaient très diminués de volume, l'antéversion réduite, les ulcérations cervicales, à peu près cicatrisées, les annexes complètement indolores et inaccessibles à droite, mais encore légèrement saillantes à gauche. Le doigt explorateur n'y déterminait cependant aucune souffrance. Il y avait donc amélioration et amélioration très sensible, voisine de la guérison.

Nous avons dès lors cessé les pansements que nous faisions nous-mêmes, et recommandé à la malade de continuer l'usage des ovules toutes les 48 heures.

Nous n'avons plus revu cette femme. Il est donc à peu près certain que l'amélioration s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Telle est notre première observation sur la médication thigénolée en petite gynécologie. Elle est, on le voit, très favorable : sédation des souffrances, diminution considérable de la leucorrhée, des hémorrhagies; retour de l'utérus, des annexes à leur volume à peu près normal, guérison des ulcérations; on ne peut demander davantage à un médicament.

En même temps que nous traitions cette malade, nous usions largement du thigénol soit sur des lésions chroniques, soit sur des affections subaiguës en gynécologie, et, sauf de rares exceptions, qui en réalité ne devaient céder qu'à l'opération chirurgicale, nous avons obtenu d'aussi bons résultats.

Nous avons suivi très attentivement l'action physiologique de ce remède et voici comment, à

notre avis, il faut expliquer la régression rapide des lésions métritiques ou annexielles.

Le thigénol contient plus de soufre que l'ichtyol, il est soluble, inodore, sans toxicité, ce qui explique déjà pourquoi nous n'avons pas craint d'employer une solution titrée à 45 %. Ces fortes doses sont d'ailleurs indiquées par Rousseau lui-même comme susceptibles de donner de meilleurs et plus rapides résultats. Mais ici nous devons faire une remarque que nous avons cherchée en vain dans la thèse de notre confrère de Tours. A la dose de 45 %, le thigénol a déterminé chez quelques-unes de nos malades, des picotements comme une sensation légère de brûlure, vite disparue d'ailleurs.

Ce fait n'a pas grande importance, mais l'ayant remarqué, nous tenons à le citer.

Dans l'immense majorité des cas cependant, nous n'avons pas observé ce léger inconvénient, tandis que nous déterminions au contraire une véritable analgésie et une puissante décongestion. Dès le début du traitement, nous étions étonné de constater un écoulement considérable venant des organes génitaux, et la malade racontait qu'il en était toujours ainsi quand elle retirait ses tampons. Bientôt après, au bout de 8 jours en moyenne, les douleurs disparaissaient. Parfois il y avait un léger arrêt dans cette production thérapeutique de liquide, mais peu après elle reprenait de plus belle. Le seul désagrément à signaler, c'est que les femmes sont obligées de se garnir et de changer souvent de linge. Cette considération nullement médicale prouve simplement l'action éminemment décongestive du thigénol.

Nous pensons donc qu'il faut attribuer à cette décongestion une certaine influence sur l'analgésie observée. Il nous paraît bien difficile de démontrer cliniquement si vraiment, comme l'admet Rousseau, le thigénol est directement analgésique. Si nous avions pu constater la disparition des souffrances avant toute décongestion, la preuve en serait établie. Mais ces écoulements se produisent dès les premiers pansements, l'analgésie aussi, de sorte que nous ne savons pas si cette analgésie est une conséquence de la décongestion ou bien si les deux propriétés médicamenteuses s'exercent simultanément.

Mais la diminution sensible du volume des organes, la disparition de la leucorrhée, des hémorrhagies, la guérison des ulcérations cervicales, la résorption des exsudats et des œdèmes périmétritiques, ne peuvent reconnaître d'autre cause qu'une action antiphlogistique.

A notre avis, le thigénol est réellement antiseptique, car nous avons vu sous son influence des infections vaginales et cervicales récentes disparaître en peu de jours. Est-il capable de détruire le gonocoque ? Cela nous paraît plus difficile, bien que Neumann semble l'admettre. Il est vrai que si l'on emploie des tampons thigénolés en même temps que les injections au permanganate, les résultats sont plus vite atteints que si l'on utilisait la glycérine dermatolée ou ichtyolée.

De toute façon, nous avons lieu d'être satisfait du thigénol en gynécologie. Il nous a rendu de véritables services dans plusieurs affections récidivantes et particulièrement tenaces, et il n'est pas téméraire de dire que si les ovaires et les trompes, si l'utérus ne sont pas envahis par le tissu fibreux, le thigénol peut arriver à de véritables guérisons. Il améliore toujours et d'une façon très sensible les métrites et les annexites sans qu'il soit besoin de curettage ni d'amputations cervicales. Nous ne prétendons pas cependant guérir, grâce au thigénol, les lésions histologiquement irrémédiables.

Dr BEAUNIER.

OPHTHALMOLOGIE

La cataracte diabétique

Par le Dr TROUSSEAU.

Je ne crois pas que la cataracte diabétique soit aussi fréquente qu'on s'est plu à le dire. On rencontre souvent des cataractes chez les diabétiques, mais il est fort difficile de préciser si la cataracte est survenue par suite de la glycosurie ou de l'âge du malade, le diabète étant en pleine puissance chez les gens âgés, lesquels ont, par les années encourues, la plus grande disposition aux troubles cristalliniens. On ne peut affirmer qu'une cataracte est d'origine diabétique parce qu'elle survient chez un diabétique qui a passé la soixantaine. Une cataracte d'aspect et d'évolution normaux peut, dans ces conditions, être plutôt le fait de la sénilité que celui de la glycosurie. On a trop vite déclaré diabétique une cataracte observée chez un sujet qui, sans autre trouble, présente du sucre dans les urines. Combien de patients sont diabétiques qui n'ont pas et n'auront jamais la moindre opacité de la lentille. Au contraire, si un diabétique souffre de sa maladie, est tourmenté par divers accidents à elle imputables, s'il sent sa vue baisser rapidement et qu'il présente une cataracte molle à marche presque foudroyante, on peut, avec quelque vraisemblance, déclarer celle-ci d'origine diabétique. Si le sujet est jeune, l'affirmation est presque incontestable. J'avoue avoir bien rarement observé un ensemble de conditions aussi caractéristiques, par suite, je crois, avoir vu peu de cataractes diabétiques. Lécorché a dit que la cataracte diabétique donne droit de pronostiquer une mort plus ou moins rapprochée. Mes observations ne concordent nullement avec celles de cet auteur ; autant j'attribue une gravité particulière au point de vue de la survie aux rétinites diabétiques, autant je considère comme de peu de valeur les cataractes. En tous cas, la cataracte chez le diabétique ne comporte aucun fâcheux pronostic. Pour le brightique, la rétinite sonne le glas, la mort est proche. Pour le diabétique, la rétinite est seulement d'un mauvais augure, la cataracte à peu près indifférente. L'apparition d'une cataracte sur un œil atteint de rétinite diabétique permettrait d'affirmer à coup sûr son origine, mais je n'ai que rarement rencontré cette éventualité.

S'il est déjà difficile de lutter contre la tendance qu'ont certains médecins à admettre la fréquence de la cataracte diabétique, il ne l'est pas moins de réprimer leurs appréhensions concernant l'intervention opératoire chez les cataractés diabétiques.

Le diabète influe-t-il sensiblement sur le résultat d'une opération de cataracte ? Telle est la question dont nul ne contestera l'intérêt. Méde-

cin appelé à conseiller ou à déconseiller l'intervention, chirurgien destiné à assumer une plus lourde part encore de la responsabilité, ne peuvent qu'en souhaiter la solution définitive.

Avant l'emploi des pratiques antiseptiques et aseptiques, on mettait sur le compte de l'état général du patient tous les insuccès opératoires ; on sait aujourd'hui qu'il n'y a pas d'autre facteur d'insuccès que l'infection. Il n'y a donc pas la moindre raison pour s'inquiéter d'une opération faite chez un diabétique dont le fond d'œil est sain et dont les organes fonctionnent normalement en dehors de l'état spécial à la glycosurie ; chez celui-ci les suites opératoires, le résultat visuel seront excellents quelle que soit la quantité de sucre que renferment les urines.

Chez un diabétique déprimé, tourmenté par divers accidents, l'opération peut amener une commotion morale qui, aidée du séjour au lit, du décubitus dorsal, de l'obscurité inhérente à l'emploi du bandeau binoculaire, est capable d'entraîner des incidents cérébraux ou pulmonaires graves ou mortels, alors que l'état local restera parfait. Mais il ne viendra à l'idée d'aucun chirurgien consciencieux d'opérer un patient en telle situation quelle que soit la cause de celle-ci. En revanche, on opérera sans crainte, sans traitement préalable, tout diabétique qui n'offrira d'autre symptôme que la glycosurie. Surtout qu'on ne s'arrête pas à la quantité de sucre trouvée à l'analyse, elle ne signifie rien pour le pronostic opératoire. En tous cas qu'on tienne compte de ce fait, que j'ai maintes fois observé chez mes hospitalisés des Quinze-Vingts : ils arrivent fatigués par le voyage, émus par la perspective de l'opération et présentent, la veille de l'intervention, une notable augmentation du sucre sur le taux habituel, alors que deux ou trois jours après le taux est redevenu normal ou inférieur à la normale par suite du repos et de la quiétude morale.

Tout diabétique *bien portant* peut donc être opéré avec autant de chances de succès qu'un sujet quelconque.

Dr A. Trousseau.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Le tarif minimum dit tarif ouvrier des Syndicats médicaux (1).

Le tarif des Syndicats médicaux, dit aussi tarif minimum, est celui qui s'applique aux soins donnés à la partie la plus pauvre de notre clientèle, classe ouvrière, domestiques, agents les moins rétribués des services publics, hommes de peine des grandes entreprises commerciales, etc., etc.

Les honoraires qu'il comporte nous sont payés :

1° Ou bien par le patient lui-même, ou par son chef de famille ;

2° Ou bien par le responsable *légalement* désigné (maîtres appelant pour leurs domestiques, chefs d'entreprise pour leurs ouvriers) ;

3° Ou bien par le responsable *judiciairement* désigné en vertu de l'article 1382 du Code ;

4° Ou bien enfin par le garant qui couvre les dépenses médicales en cas de maladie ou d'accident.

A. — *Base du Tarif ouvrier.*

La consultation au cabinet, c'est-à-dire l'acte médical le plus simple, qui comporte l'examen du malade, sans instrumentation spéciale, suivi de conseils ou de l'ordonnance, est l'unité, le point de départ d'où le médecin fait dériver l'appréciation de la valeur des autres actes en matière d'honoraires.

Dans le tarif ouvrier, l'honoraire de la consultation est partout fixé au chiffre de 2 francs, tandis qu'il est de 3, 4 et 5 pour toutes les autres classes de la société.

C'est en assimilant ses soins, toutes les fois que cela est possible, à x fois le prix de la consultation, suivant leur importance, que le praticien détermine l'honoraire de chacun d'eux. Ce chiffre s'ajoute alors au prix de consultation qui se rencontre toujours au début de chacune de nos interventions, et il se grossit ensuite des indemnités en usage pour déplacements, frais spéciaux, dérangement dans le travail ou dans le repos nécessaire, démarches, responsabilités particulières encourues, etc.

B. — *Indemnités générales accessoires du tarif ouvrier.*

Ainsi, au prix de la consultation (2 fr.) s'ajoute pour la *visite médicale dans la residence*, l'indemnité de déplacement de 1 franc, ce qui met à 3 francs le prix de cette visite médicale.

Hors de la résidence, on compte : pour l'acte médical dit consultation, 2 francs et on y ajoute 0 fr. 50, 0 fr. 75 ou 1 franc par kilomètre parcouru, en comptant à l'aller et au retour, suivant que l'on est en pays presque plat, en pays accidenté, en pays de montagnes.

C'est *l'indemnité de déplacement* qui a été ainsi réglée.

L'*indemnité de dérangement* intervient dans les deux cas suivants :

Ou bien on veut notre visite *à heure fixe*, dérangeant ainsi notre programme de travail quotidien et augmentant le temps dépensé et les déplacements : nous demandons alors rémunération double de la visite telle qu'elle venait d'être tarifée.

Ou bien c'est la *nuit* qu'on nous réclame, pendant les heures dues au sommeil, alors que nous payerons au double nos moyens de transport, que nous manquerons d'aide et de tout le nécessaire pour nos interventions, que nous pourrons courir des dangers personnels, etc.. Toutes ces considérations légitiment la visite médicale de nuit portée au triple de celle du jour, soit 9 francs dans la résidence, et, au dehors, trois fois ce qu'elle était de jour par l'indemnité de déplacement.

Enfin, l'*indemnité de rassemblement* applicable aux médecins qui habitent des villes de plus de 50.000 âmes est justifiée : 1° par le gros supplément de frais qui incombent là au praticien dans

(1) N. D. L. R.— Ce tarif, résultat du référendum organisé près des syndicats médicaux, est ici reproduit dans la forme définitive où il a été présenté à la Commission sénatoriale des accidents du travail.

un milieu où la vie est plus chère ; 2° par un accroissement correspondant des salaires de nos clients soumis au tarif ouvrier. Nous la faisons jouer dans une mesure équitable en augmentant la note globale des honoraires à la fin du traitement dans la proportion suivante :

Ville de	40 à 50.000 âmes, majoration de		10 %
—	50 à 100.000 —	—	20 %
—	100 à 400.000 —	—	25 %
Le département de la Seine,		—	30 %

Parmi les circonstances qui exigent encore une rémunération spéciale à côté de celles des actes médicaux proprement dits, il faut mentionner les suivantes :

1° Le *séjour prolongé* près d'un malade par surveillance nécessaire. Il se règle par la vacation d'une demi-heure à 3 francs le jour et 6 francs la nuit.

2° Le *déplacement avec ce malade* pour prendre l'avis d'un confrère, pour conduire à l'hôpital, pour application d'un traitement spécial, etc... Même honoraire que ci-dessus, plus les dépenses du voyage. Mais, dans le cas où l'absence se prolonge plus de deux jours, elle entraîne encore une *indemnité de remplacement en clientèle* qui ne peut s'abaisser au-dessous de 10 fr. par jour.

3° Danger de contagion pour le médecin et sa famille qui entraînerait une rémunération spéciale. (*Application exceptionnelle.*)

C.— *Chiffres médicaux du Tarif ouvrier.*

Après cet exposé de ce qui concerne les *indemnités para-médicales s'ajoutant à tous nos honoraires*, le tableau suivant suffit à indiquer les chiffres de rémunération minima des actes *médicaux* insérés au Tarif ouvrier.

a) SOINS DES PRATICIENS NON SPÉCIALISÉS

Consultation au cabinet	2 »
Visite médicale dans l'agglomération de résidence	3 »
— à heure fixe	6 »
— en consultation avec un autre docteur	10 »
Visite de nuit	3 fois la visite de jour.

Aux prix ci-dessus s'ajoutent les prix des interventions ci-dessous d'après les tarifs suivants :

Certificats

Prix égal à celui de la consultation :

Certificat de vaccination ou revaccination	2 »
— de mort naturelle après maladie que nous avons soignée	2 »
— d'aptitude à nourrir un enfant	2 »
— d'impossibilité de déplacement pour cause de maladie	2 »
— d'incapacité de remplir un mandat passager (témoignage, jurys)	2 »
— d'admissibilité dans une Société mutuelle	2 »
— — dans une compagnie de chemins de fer, une industrie, un service public	2 »
— d'admissibilité dans une école, un lycée, etc	2 »
— — ou de réadmissibilité après maladie	2 »
Certificat de droit à un secours administratif, à un congé, à une retraite	2 »
— de constatation pour éclairer le service de santé militaire, naval, colonial, etc	2 »
— pour admission à l'hôpital	2 »
— — à l'hospice ou dans une maison de secours	2 »

Prix consacrés par la Jurisprudence :

Constatation de coups en vue de la correctionnelle	5 »
— de sévices graves en vue du divorce	5 »
— de viol, de contagion syphilitique, etc	5 »
Certificats délivrés aux patrons pour la déclaration d'accidents du travail prévue par la loi de 1898	5 »
— délivrés pour permettre d'invoquer le bénéfice de l'article 1382 du Code civil	5 »
— constatant l'impossibilité de tester, l'incapacité d'administrer, la nécessité d'internement (ne jamais les signer qu'en consultation avec un confrère)	5 »
— de décès ouvrant le droit à la délivrance d'un capital assuré sur la vie, etc	5 »
Rapport d'expert détaillé et pouvant être porté en justice	50 »
Participation à une expertise contradictoire	20 »

Petite chirurgie

Prix égal à celui de la consultation :

Pansement simple	2 »
Vaccination	2 »
Pointes de feu superficielles	2 »
Application de cautères chimiques	2 »
— de sangsues	2 »
— de ventouses sèches	2 »
Mouchetures	2 »
Avulsion de dent sans anesthésie	2 »

Prix double de celui de la consultation :

Ouverture d'abcès superficiel	4 »
Suture simple	4 »
Anesthésie locale	4 »
Ablations d'esquilles	4 »
— d'ongle semi-détaché	4 »
— de parties molles condamnées	4 »
— de pointe osseuse	4 »
Pansement antiseptique compliqué	4 »
Injections hypodermiques	4 »
Cautérisations profondes	4 »
Cathétérisme évacuateur de la vessie	4 »
Tamponnement facile	4 »
Compression	4 »
Application de coagulants	4 »
Massage manuel court	4 »
Electrisation par appareils portatifs	4 »
Extraction simple de corps étranger	4 »
Toucher vaginal	4 »
— rectal	4 »
Pessaire et pansements vaginaux	4 »
Grands bandages simples	4 »

Cinq fois le prix de la consultation :

Pansements de brûlures, de gangrènes, de vastes traumatismes, de larges plaies post-opératoires	10 »
Pansement intra-utérin	10 »
Réunion par sutures multiples	10 »
Hémostase par ligature au fond d'une plaie	10 »
Saignée	10 »
Traitement de l'asphyxie	10 »
Evacuation de foyers sanguins ou purulents par larges débridements et drainage	10 »
Extraction facile de corps étrangers *des cavités naturelles*	10 »
Opération de diagnostic : otoscopie, rhinoscopie, laryngoscopie, ophtalmoscopie, cathétérisme, spéculum, hystérométre	10 »
Taxis sans anesthésie	10 »
Injections de sérum sous-cutanées	10 »

Lavages de l'estomac, de la plèvre, de la vessie	10 »
Réduction facile de luxations cédant aux méthodes de douceur, des phalanges, du maxillaire inférieur, de la clavicule, de l'épaule, quand elles sont dites à répétition	10 »
Contention de fractures simples des côtes, de l'omoplate, du sternum, des os du crâne, etc...., quand elles n'exigent pas d'interventions spéciales	10 »
Réduction et contention des fractures simples des doigts, des orteils, des métacarpiens et métatarsiens	10 »
Application de petits appareils orthopédiques (plâtre, silicate)	10 »
Greffes épidermiques, etc., etc	10 »

(Toute complication importante fait doubler les chiffres ci-dessus.)

Chirurgie courante

Dix fois le prix de la consultation :

L'anesthésie générale, dont le prix s'ajoute dans tout ce tarif à celui de l'intervention qui la réclame	20 »
Le taxis sous chloroforme	20 »
La réduction de chute du rectum	20 »
— du paraphimosis	20 »
L'ongle incarné	20 »
Les ponctions diverses (hydarthroses, ascite, vessie, plèvre, hydrocèles, etc., suivies ou non d'injection)	20 »
Extirpations des petites tumeurs superficielles (lipomes, kystes, etc.)	20 »
Phimosis	20 »
Amygdalotomie	20 »
Luxation du poignet, du maxillaire inférieur, de la rotule	20 »
Fractures simples de la diaphyse, de l'humérus, du cubitus, du radius, de la clavicule, du maxillaire inférieur	20 »
Amputation d'un doigt ou d'un orteil	20 »

(Toute complication importante fait doubler les chiffres ci-dessus.)

Grande chirurgie

(Prix minimum suivant gravité des cas)

	Cas légers	Cas ordinaires
Bec-de-lièvre simple	40 »	50 »
— double	80 »	100 »
Ablation de cancer des lèvres	40 »	50 »
Trachéotomie	100 »	150 »
Ablation de cancer d'un sein	80 »	100 »
Empyème	40 »	50 »
Fistules anales superficielles	40 »	50 »
— profondes	80 »	100 »
Castration et cure radicale d'hydrocèle	60 »	100 »
Cure radicale de la hernie	60 »	100 »
Kélotomie	100 »	130 »
Dilatation anale pour fissures	40 »	50 »
Extirpation d'hémorroïdes	50 »	100 »
Curettage utérin	50 »	75 »
Ténotomie	40 »	50 »
Sections et sutures des nerfs et des tendons	50 »	75 »
Ablation de tumeurs volumineuses sous-cutanées	50 »	75 »
— de polypes utérins	75 »	100 »
Autoplasties étendues	100 »	150 »
Ouvertures et drainage d'abcès profonds	75 »	100 »
Hématocèle rétro-utérine	75 »	100 »
Périnéorraphie	75 »	100 »
Uréthrotomie interne	75 »	100 »
Curettage, grattage, évidement, trépanation des os	50 »	100 »
Fracture (réduction, contention, immobilisation de la diaphyse de l'humérus)	50 »	75 »
Fracture des deux os de l'avant-bras	50 »	75 »
— du fémur	75 »	100 »
— des deux os de la jambe	75 »	100 »
— *intra* ou *juxta* articulaire de l'épaule	100 »	130 »
— — du coude	100 »	130 »
— — du poignet	75 »	100 »
— — de la hanche	150 »	175 »
— — du genou	150 »	175 »
— — du cou-de-pied	100 »	150 »
— — de la rotule	100 »	150 »
— grave des os du crâne, de la face, de la colonne vertébrale et du bassin	50 »	100 »
Luxation (réduction, contention, immobilisation) de l'épaule	30 »	50 »
— — du coude	30 »	50 »
— — du cou-de-pied	50 »	75 »
— — du genou	100 »	150 »
— — de la hanche	100 »	150 »
Arthrotomie pour corps étrangers	50 »	75 »
— pour curettages	150 »	175 »
Désarticulation du poignet et médio-carpienne	100 »	150 »
— du coude	100 »	150 »
— de l'épaule	350 »	400 »
— du pied (tibio-tarsienne, Lisfranc, Chopart)	100 »	150 »
— du genou	400 »	400 »
— de la hanche	500 »	600 »
Amputation dans la continuité de l'avant-bras	100 »	150 »
— — du bras	100 »	150 »
— — de la jambe	350 »	400 »
— — de la cuisse	400 »	450 »
Ligatures hors plaie de la radiale	30 »	50 »
— la cubitale	30 »	50 »
— l'humérale	30 »	50 »
— l'axillaire	30 »	50 »
— la sous-clavière	100 »	150 »
— tibiales et péronières	40 »	60 »
— la poplitée	40 »	60 »
— la fémorale	50 »	75 »
— l'iliaque externe	100 »	150 »
— la faciale et de la temporale	40 »	60 »
— la linguale et des carotides	150 »	200 »

(Toute complication grave fait augmenter d'un quart les chiffres de la deuxième colonne ci-dessus.)

Haute chirurgie

Les laparotomies exploratrices	150 »
L'hystéropexie abdominale	150 »
Les amputations du col utérin	150 »
L'opération de Schrœder	250 »
L'appendicite avec résection de l'appendice	250 »
La cholécystotomie ; la cholécystostomie	250 »
La néphrotomie simple	250 »
L'ablation des kystes ovariques non adhérents	250 »
L'énucléation des myomes utérins	250 »
Les colpopérinéorrhaphies ; périnéorrhaphies avec restauration de la cloison recto-vaginale	250 »
Les fistules vésico-vaginales, recto-vaginales moyennes	250 »
Les hystérectomies vaginales simples et faciles	250 »
Les résections articulaires : épaule, coude	250 »
Les staphylorraphies, uranoplasties	250 »

L'uréthrotomie externe, fistules uréthrales chez l'homme	250 »
Cholécystectomie	400 »
Hystérectomies abdominales simples	400 «
Résection d'intestin	400 »
Taille	400 »
Grandes fistules vésico ou recto-vaginales	400 »
Hystérectomie vaginale ordinaire	400 »
Lithotritie	400 »
Œsophagotomie externe	400 »
Opération d'Estlander	400 »
Résections articulaires : poignet, pied, genou, hanche	400 »
Thyroïdectomie	400 »
Trépanation du crâne	400 »
L'hystérectomie abdominale pour tumeur	500 »
La néphrectomie	500 »
L'ablation de polypes naso-pharyngiens avec résection étendue	500 »

Accouchements

Accouchement simple (sans les visites)	40 »
— délivrance après accouchement	40 »
— avec hémorrhagie	50 »
— délivrance artificielle	50 »
— avec asphyxie	50 »
— avec les deux réunies	160 »
— avec forceps ou version	120 »
— basiotripsie, détroncation, etc.	200 »
— opération césarienne	240 »

(Pour la Chirurgie et l'Accouchement, la rémunération des aides est fixée au tiers des honoraires de l'opérateur jusqu'à 100 fr., et au quart à partir de ce chiffre.)

b) SOINS DES SPÉCIALISTES ORDINAIRES

Oto-rhino-laryngologistes

Visite simple et consultation à la clinique	4 »
Soins simples (pansements d'oreilles, des fosses nasales, cathétérisme de la trompe etc.	4 »
Examen otoscopique, rhinoscopique ou laryngoscopique avec certificat	10 »
S'il y a examen complet de l'audition	15 »
Tamponnement antérieur des fosses nasales	10 »
— antéro-postérieur des fosses nasales	20 »
Ablation simple, sans intervention opératoire, d'un corps étranger de l'oreille, des fosses nasales, ou du pharynx..... 10 fr.	20 »
Ablation d'un corps étranger du larynx, par voie endo-laryngée ..... 20 fr.	20 »
Ablation chirurgicale des corps étrangers de l'oreille et du nez (par décollement de l'oreille externe, opération de Rouge ou analogue)..... 80 fr.	100 »
Ablation d'un corps étranger du larynx par laryngotomie ou trachéotomie	100 »

Oculistes

Tarif de la Société d'Ophtalmologie de Paris, homologué par le Syndicat et appliqué à l'Hospice National des quinze-Vingts par décision de M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur.

1° Examen d'un blessé. Constat pour la Compagnie et certificat pour la mairie	10 »
2° Extraction d'un corps étranger superficiel simple, n'exigeant pas plus de deux consultations	10 »
3° Rapport medico-légal	100 »
4° Extraction d'un corps étranger de la cornée avec kératite légèrement infectieuse nécessitant des soins spéciaux et n'entraînant pas plus de cinq consultations	20 »
Lorsque ces blessures exigent des soins demandant plus de cinq consultations consécutives, chaque consultation sera payée	3 »
(A condition que le total, pour la même maladie, ne dépasse pas 100 fr. de consultations.)	
5° Opération de moyenne importance sur la cornée, la sclérotique, l'iris (suture cornéenne, autoplastie conjonctivale, ulcère infectieux, excision de prolapsus iridiens, opérations sur les voies lacrymales et les paupières, discission de cataractes secondaires, etc.)	50 »
6° Opérations sérieuses (cataractes traumatiques, extraction de corps étrangers du corps vitré, du cristallin, énucléation, éviscération, iridectomie)	100 »
7° Toutes ces opérations comprennent cinq consultations ou pansements consécutifs. Au delà de cinq pansements, chacun sera coté	3 »
(Mais sans que le total des pansements supplémentaires puisse dépasser 100 fr.)	
8° Anesthésie chloroformique	40 »

9° Consultation entre confrères : honoraires variables à fixer avec les intéressés (Compagnie d'assurances, patron, etc.).

10° Assistance à une opération : pour l'assistant nécessaire, le quart du tarif de l'opération.

12° Si plusieurs opérations sérieuses sont nécessitées par le même accident, la plus importante est cotée à un des prix ci-dessus ; la deuxième est diminuée de 20 0/0, la troisième de 40 0/0.

12° Les frais d'hospitalisation, fourniture d'objets de pansements et de médicaments varieront suivant le tarif des hôpitaux de la région.

Electriciens

Radioscopie à l'écran	10 »
Radiographie de la main, du poignet, du coude, bras et avant-bras	40 »
— du pied, du genou, de la jambe.	50 »
— de l'épaule, du thorax, de la tête, des organes thoraciques et abdominaux, du bassin	50 »
Recherche de calculs, de corps étrangers, etc.	50 »
Electrodiagnostic, franklinisation, galvanisation, haute fréquence, vibrations, voltaïsation sinusoïdale, acuponcture électrolytique simple	10 »
Ponction, injection et électrolyse médicamenteuse d'adénites, d'hydrocèle, etc.	20 »
Lavement électrique au domicile du malade	25 »
Electrolyse linéaire de l'urètre	100 »
— de l'œsophage ou du rectum	100 »

c) SOINS DES CÉLÉBRITÉS MÉDICALES

Tous les chiffres ci-dessus sont multipliés par 10, excepté pour la haute Chirurgie.

(*Les opérations non mentionnées ci-dessus sont tarifées par analogie avec celles mentionnées dont elles se rapprochent le plus.*)

REPORTAGE MEDICAL

Les Consultations de nourrissons de Chartres. — Sur l'initiative de M. Brelet, préfet d'Eure-et-Loir, un bureau d'examen des nourrissons a été créé à Chartres par les soins de M. Paulin, inspecteur des Enfants assistés, et de M. le Dr Chesnel. Cette création s'est faite après entente entre le Conseil municipal de Chartres et le Conseil général d'Eure-et-Loir. En

vertu d'une décision du Conseil général, tous les enfants assistés, tous les enfants secourus sont obligatoirement apportés deux fois par mois au bureau d'examen des nourrissons, également ouvert aux enfants placés en nourrice hors du domicile de leurs parents. Une fiche individuelle est remise à chaque mère ou nourrice à sa première visite et reste en sa possession pour qu'on y inscrive les indications que fournit la pesée et, s'il y a lieu, l'examen du médecin. Un registre reçoit, en même temps que les indications de la fiche, des renseignements plus étendus sur la dentition, les sorties de l'enfant au grand air, etc.

Le service médical des mutualités. — Au congrès des œuvres sociales tenu dernièrement à Feyt-les-Manage, M. l'abbé Malherbe a traité avec beaucoup de compétence la question si importante du service médical et pharmaceutique dans les Sociétés de secours mutuels. Il a signalé l'augmentation considérable et presque générale dans la plupart des Mutuelles des frais résultant de ces services. Cela est de nature à causer un grand préjudice aux sociétés mutualistes. L'orateur estime que l'organisation telle qu'elle existe actuellement présente des difficultés et des inconvénients tels qu'il est *préférable de supprimer le service médical et pharmaceutique et d'augmenter plutôt l'indemnité journalière.* Au point de vue du corps médical, cette dernière solution est la seule à souhaiter : liberté complète de l'intéressé dans le choix de son médecin et considération plus grande pour le praticien qui n'est plus regardé comme un simple employé que l'on casse aux gages sur la simple dénonciation d'un mutualiste grincheux. Un autre fait que l'on noterait également c'est la diminution des petites affections pour lesquelles la clientèle bourgeoise ne dérange pas le médecin. mais pour lesquelles, *puisqu'il est quand même payé*, on fait venir le malheureux praticien harassé par une journée de dur labeur.

Il s'ensuivra une diminution notable des frais pharmaceutiques qui ne seront plus réclamés qu'à bon escient, attendu que le malade devra en supporter le coût. L'éducation mutuelle du public belge est encore à faire, il ne comprend pas en général le pourquoi des versements dont il ne retire pas un profit immédiat et il veut en avoir pour son argent. Sans nécessité aucune, il demandera un médicament dont il n'a aucun besoin pour avoir le plaisir d'en garnir son armoire. Il est nécessaire d'aller un peu à l'encontre de ces idées et d'inculquer un peu plus aux générations actuelles que les mutualités sont surtout des œuvres de prévoyance.

(*Bull. méd. chir. de Bruxelles.*) Dr Solé.

Un spécimen d'affiches pour les usines. — Le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Versailles a l'honneur de rappeler :

1° **Aux chefs d'industrie.** — Qu'ils ne sont tenus d'aucune façon d'imposer à leurs ouvriers blessés le médecin désigné par leur Compagnie d'assurances.

Qu'en le faisant, ils violent la loi qui laisse à leur ouvrier blessé le libre choix de son médecin et de son pharmacien.

Qu'ils ont tout intérêt à ne pas violenter les sentiments de leurs ouvriers qui tiennent à recevoir des soins de celui qui a leur confiance et qu'ils ont trouvé toujours au chevet de leur femme et de leurs enfants malades.

2° **Aux assureurs.** — Que leur action ne s'étend qu'aux conventions non contraires à la loi, qui s'établissent entre eux et leurs assurés.

Que leurs assurés sont les chefs d'industrie et non les blessés.

Qu'ils n'ont aucune autorité légale pour violenter les blessés, par insinuations ou menaces, cherchant à leur imposer un autre médecin que celui que les blessés ont librement choisi.

Que les conventions des assurances sont affaires entre les chefs d'industrie et les assureurs et ne peuvent être imposées ni aux ouvriers blessés ni aux medecins.

Aux blessés du travail. — Que le blessé a le droit de choisir son médecin et son pharmacien. Dans aucun cas, on ne peut lui imposer un médecin ou un pharmacien sans violer la loi.

Que le médecin de la Compagnie d'assurances n'a aucun droit spécial pour soigner les blessés ou établir le certificat d'accident. Ce certificat peut être fait par le médecin choisi par le blessé.

Que le blessé a le droit de se faire soigner où il lui plaît ; on ne peut lui imposer d'entrer à l'hôpital ; il a le plus souvent tout avantage à se faire soigner chez lui par son médecin habituel.

Que le bulletin remis au blessé au moment de l'accident n'est qu'un papier destiné à diriger le blessé chez le médecin de l'assurance, où il n'est pas obligé d'aller. L'ouvrier qui ne se rend pas chez le médecin de l'assurance, mais se rend chez le médecin qui le soigne ordinairement lui et les siens, ne perd aucun des droits à l'indemnité que la loi lui accorde.

Faculté et hôpitaux.

Un concours pour la nomination d'internes de la maison nationale de Charenton s'ouvrira le 20 décembre 1904. Sont autorisés à s'inscrire tous les étudiants en médecine français, âgés de 30 ans et possesseurs de 12 inscriptions.

On s'inscrit au secrétariat de la maison de santé. Les 3 pièces suivantes seront exigées :

1° Un certificat de naissance ; 2° un certificat de scolarité ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs.

On peut s'incrire jusqu'au 11 décembre inclusivement.

Le traitement alloué est de 1.500 francs pour la 1re année, 1.600 pour la 2e, 1.700 pour la 3e.

— Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de 4e année (concours de médecine) sera ouvert le lundi 13 mars 1905, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration (2, avenue Victoria) tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 h. à 3 heures, du 2 au 14 janvier 1905 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard, le 14 janvier 1905, à 3 heures, dernier délai.

— Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de 4e année (concours de chirurgie et d'accouchement), sera ouvert le jeudi 9 mars 1905 à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireraient prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au Service du personnel de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 h. à 3 h., du 2 au 14 janvier 1905 inclusivement.

Cours pratique d'oto-laryngologie, — Le docteur Guizez, ancien interne des hôpitaux, recommencera à l'Hôtel-Dieu, le *mardi* 6 *décembre*, à 3 heures, son *cours pratique d'oto-rhino-laryngologie* (avec examen de malades, maniements d'instruments spéciaux, petites opérations).

Le cours durera trois semaines et sera complet en 10 leçons. S'inscrire les mardi et samedi, à 5 heures, à la consultation d'oto-laryngologie de l'Hôtel-Dieu. (Droit d'inscription : 50 francs.)

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année | N° 49 | 3 DÉCEMBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY.

SOMMAIRE

XXVe ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONCOURS MÉDICAL

20 NOVEMBRE 1904

La séance est ouverte dans les salons du restaurant Marguery, à trois heures et demie de l'après-midi, sous la présidence de M. le Dr Gassot.

Prennent place au Bureau : MM. Maurat, Jeanne, H. Cézilly, *membres du Conseil de Direction ;* MM. Odin (de Lyon) et Gairal (de Carignan, Ardennes), président de l'Union des Syndicats médicaux, *assesseurs* ; MM. Huguenin et Lacroix, *secrétaires de la séance*.

Malgré la présence d'un nombre considérable de confrères, le chiffre des lettres d'excuses est fort imposant. La liste en sera annexée au procès-verbal. Une est à publier pour montrer l'intérêt qu'attachent nos Sociétaires à ces Assemblées annuelles, et le regret qu'ils éprouvent quand ils sont empêchés d'y assister.

Mon cher Confrère,

Je n'ai pu avoir qu'aujourd'hui le nouveau texte de la proposition concernant les accidents du travail, que je vous envoie, quoique vous en connaissiez déjà, sans doute, la teneur. Vous trouverez, en effet, toujours l'utilisation de cet exemplaire. Je vois des modifications qui me paraissent, en partie au moins, heureuses, et des garanties pour l'établissement des tarifs qui, je l'espère, ne seront pas un leurre. Elles sont, je n'en doute pas, le résultat de l'entrevue des délégués médicaux avec la Commission, à laquelle j'ai eu le grand regret de ne pouvoir assister.

D'après l'ordre du jour arrêté hier au Sénat, la proposition est inscrite au deuxième rang. Elle peut donc venir dans le courant de la semaine prochaine, et, s'il en est ainsi, je ne pourrai être présent à la discussion, ce qui me contrarie fort.

Si, contrairement aux prévisions, elles ne vient que l'autre semaine, je serai, je l'espère, assez solide pour reprendre mes occupations au Sénat, et alors je vous serais très obligé de me faire savoir les modifications qu'il vous paraîtrait utile d'introduire dans le texte adopté. Il est vrai que nos confrères sénatoriaux, Piettre et Pedebidou, notamment, doivent être fixés à cet égard.

J'ai attendu jusqu'à ce jour pour vous remercier de ce que le *Concours médical* a publié de si aimable à mon égard dans le numéro du 12 novembre. J'en ai été très touché, comme de la peine que vous aviez prise de venir demander vous-même de mes nouvelles, au lendemain de mon accident.

Combien il m'aurait été agréable de me rendre demain soir au milieu de vous, d'y retrouver d'aimables confrères, de retremper mon zèle à votre souffle généreux ! Hélas : je m'étais trop pressé de vous envoyer mon acceptation. La secousse que j'ai reçue a été trop rude. Ma santé ne me permet point encore d'aller m'asseoir à votre confraternel banquet ; j'en suis désolé !

Veuillez bien m'excuser auprès de tous nos confrères, leur exprimer mes sympathies et leur transmettre l'assurance de mes plus dévoués sentiments.

Dr Alcide Treille,
Sénateur.

Allocution du Président

M. le Dr Gassot, une fois remplies toutes les formalités statutaires, ouvre la séance par les paroles ci-dessous :

Mes chers Confrères,

Vous avez lu, dans le numéro du 29 octobre dernier, les rapports présentés par nos divers Comités et en particulier le rapport du Conseil de Direction : vous êtes donc, par avance, au courant et de ce que nous avons fait pendant l'année écoulée et des questions que vous allez examiner dans un instant.

Je profiterai de cette circonstance pour battre un peu les buissons et examiner avec vous comment il se fait que, simples praticiens comme vous tous, nous ayons dû nous improviser écrivains, juristes, assureurs, mutualistes, secrétaires de ceci, trésoriers de cela et concevoir, presque chaque année, une organisation nouvelle.

Le Corps médical est en pleine crise ; au milieu des transformations sociales, il ne peut songer à rester ce qu'il était autrefois ; il lui faut se défendre, attaquer, chercher sa voie nouvelle — et la chose ne va pas toujours de soi. Les obstacles qu'il rencontre ne viennent pas que de ses adversaires naturels, certains de ses membres constituent pour lui des ennemis non moins dangereux.

Que quelques-uns regrettent le temps passé, qui pouvait avoir ses charmes et sa poésie même, nous le comprenons ; mais ce que nous ne pouvons admettre, c'est qu'au nom de ces regrets, on cherche à endormir notre vigilance, au risque de nous laisser submerger par la tempête et d'entraver notre marche en avant.

Une corporation comme la nôtre doit être de son temps : elle peut garder un sourire aimable pour les *laudatores temporis acti*, mais elle doit suivre l'évolution générale et conserver la place à laquelle elle a droit dans la Société par les services qu'elle peut rendre.

C'est cette évolution incessante qui constitue le programme même du *Concours médical*. Ni son fondateur, ni nous-mêmes qui lui avons succédé, n'avons jamais songé à imposer des idées ; nous n'avions aucune formule professionnelle à installer, aucun dogme à proposer en dehors duquel il ne saurait y avoir de salut ; ce que nous avons voulu, ce que nous voulons toujours, c'est grouper nos confrères en une phalange serrée, pensante et agissante, et c'est, non pas dans quelques conceptions personnelles, mais dans le concours de tous les efforts, de toutes les bonnes volontés que nous avons toujours cherché notre appui et notre règle.

Rien d'étonnant dès lors à ce que nous ayons dû continuellement passer d'une question à une autre et, suivant les circonstances, prendre les tabliers multiples de Maître Jacques.

Que dans ces incarnations diverses, et souvent bien nouvelles pour nous, nous n'ayons pas toujours également réussi du premier coup, la chose ne saurait surprendre — les œuvres d'initiative ont besoin de la confirmation du temps et de l'expérience — mais était-ce donc une raison pour ne rien tenter ? Et ne vaut-il pas mieux que nous ayons maintenant à modifier ou à réorganiser de temps à autre, que d'en être encore à des gémissements et à des récriminations stériles sans aucune tentative d'organisation quelconque?

Ce que nous croyons être vérité aujourd'hui pourra, après-demain, être considéré comme erreur — eh bien, nous nous transformerons encore ; nous concevrons, s'il est nécessaire, de nouveaux modes de défense, mais nous ne nous endormirons jamais et en marchant, nous proclamerons la nécessité du mouvement.

C'est ainsi que, cette année, nous allons réclamer votre appui pour la création d'une Caisse de garantie contre le risque professionnel qui devient menaçant.

Cette conception, nous avions cru devoir la repousser tout d'abord : nous ne pouvions admettre qu'en dehors de la faute lourde inexcusable, le médecin pût être recherché pour un insuccès, et l'idée d'une assurance nous semblait presque immorale ; mais chez nous, je viens de vous le dire, il n'y a rien d'absolu, il n'y a que des contingences, et nous nous sommes humblement inclinés devant ce raisonnement bien terre à terre que, le danger existant pour le médecin, toutes les protestations du monde, toutes les invocations de principes, toutes les grandes phrases à panaches ne vaudraient pas pour lui la garantie effective d'une caisse contenant de bonnes espèces sonnantes et trébuchantes.

C'est encore ainsi qu'après avoir fulminé contre toute idée de taxation officielle des honoraires médicaux et avoir en vain invoqué tous les principes de la terre et du ciel, nous avons fini par nous rallier à la conception d'un tarif ouvrier unique et légal pour les soins donnés aux accidentés du travail.

C'est enfin, mes chers confrères, que, revenant aux idées premières du *Concours*, nous n'hésitons pas à vous demander de rendre à la publicité du Journal le caractère d'adoption collective qu'elle avait autrefois. Aussi soucieux que qui que ce soit de la dignité médicale, nous avons conscience de ne rien vous demander que vous ne puissiez avouer et, d'autre part, nous vous disons que la prospérité du Journal, c'est la vie, l'activité et la prospérité de nos œuvres.

En terminant, Messieurs, permettez-moi de vous remercier de votre fidélité à nos Assemblées Générales. Dans ces réunions, nous nous retrempons pour les luttes futures ; vous venez nous affirmer la parfaite communauté d'idées qui vous unit au Conseil de Direction, et ce dernier trouve près de vous le mot d'ordre de l'année qui va suivre.

Permettez-moi encore de remercier tous nos collaborateurs, aussi bien ceux que nous voyons chaque semaine et qui sont sans cesse sur la brèche que ceux qui veulent bien nous consacrer un instant, de temps à autre, pour nous soumettre quelque idée nouvelle, nous donner un conseil ou même nous adresser quelque critique. C'est de l'incessant échange des idées entre ses membres que vit le *Concours Médical* ; soyons donc reconnaissants à ceux qui, ne se désintéressant pas, apportent à l'édifice leur pierre plus ou moins grosse.

Et maintenant, chers Confrères, abordons notre ordre du jour. (*Applaudissements.*)

Comptes et budget.

M. le Président. — Vous avez lu les comptes que nous avons publiés pour l'exercice écoulé. S'il n'y a pas d'observations à ce sujet, j'en mets aux voix l'approbation.
(*Les comptes sont approuvés à l'unanimité.*)

Et maintenant, afin que vous soyez éclairés sur vos ressources devant les demandes de crédits qui vont vous être présentées, je prie M. le Dr Maurat de vous dire comment se présente le projet de budget pour l'exercice prochain.

M. le Dr Maurat. — Ce projet se résume, Messieurs, dans le tableau suivant :

Recettes :	
Avoir disponible	1.654 18
Prévision du revenu du portefeuille	2.500 »»
Dons probables à la Société dans le cours de l'année	300 »»
Recettes sur les remplacements	345 82
Total	4.800 »»
Dépenses :	
Frais supplémentaires du banquet	1.200 »»
Déplacements et réunions du Conseil	700 »»
A la disposition de l'Assemblée	2.900 »»
Total	4.800 »»

J'ai la satisfaction, devant ces chiffres, de pouvoir sortir des habitudes d'un trésorier et de constater que vous avez le droit et le devoir de vous montrer moins serrés qu'autrefois. (*Applaudissements*).

Nous allons d'ailleurs vous pousser nous-mêmes à la dépense.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr H. Cézilly.

Les Correspondants du Concours Médical

Messieurs et chers confrères,

Si l'union est un des facteurs de la force, le nombre ne contribue pas moins à assurer la puissance d'une Société comme la nôtre. — Et comme nous voulons accroître sans cesse son importance, nous nous sommes toujours préoccupés d'augmenter le nombre de ses membres.

Pour arriver à ce résultat, nous avons demandé cette année à nos adhérents de nous indiquer les confrères accessibles aux idées que nous défendons, de façon à faire auprès d'eux une propagande active.

Nous saisissons cette occasion pour remercier les nombreux membres du *Concours* qui nous ont donné ce témoignage de leur bon vouloir. Les résultats ont répondu à cet effort, mais nous voulons faire mieux encore, si possible.

Nous vous proposons de créer des Délégués qui seront les prolongements de notre activité, pénétrés de vos idées et de vos aspirations, bien décidés à les faire prévaloir et à surmonter, pour arriver à ce résultat, les obstacles, qui s'appellent la négligence et l'indifférence médicales. Ils seront des apôtres chargés de porter au loin la bonne parole et de recruter des adhérents à nos œuvres.

Car les œuvres filiales du *Concours* ont, elles aussi, besoin du nombre pour prospérer. S'il était utile de le démontrer, il suffirait de vous dire que la Caisse de Retraites, comme l'Amicale, comme le *Sou*, sont de véritables Sociétés d'Assurances et que c'est un axiome en matière d'assurances que le risque est d'autant moins considérable qu'il est réparti sur un plus grand nombre de personnes.

Plus notre Société s'étend, plus ses filiales se développent et plus aussi les points de contact deviennent nombreux, avec les autres Sociétés médicales.

C'est tous les jours que nous sommes en correspondance avec les Présidents ou les Secrétaires des Syndicats médicaux, qu'il s'agisse d'un service à demander ou à rendre, ou d'une action parallèle.

Votre délégué sera notre porte-parole.

Il en est de même pour l'Association Générale ; qu'il s'agisse de l'inscription d'un membre de la Caisse de retraites à l'Association Générale ou de l'intervention de cette Association en faveur d'un des nôtres momentanément dans la gêne, votre délégué servira de trait d'union entre les deux Sociétés.

Pour le *Sou*, c'est à chaque instant que des renseignements précis et pris sur place nous sont indispensables.

Qu'il s'agisse d'arranger une affaire à l'amiable, d'un arbitrage, ou d'une démarche urgente, votre délégué sera tout désigné.

Enfin vous avez entendu le cri d'inquiétude poussé par notre confrère Mignon à l'Amicale.

Certains candidats, dit-il, se sont présentés à l'admission dans un état de santé qui, s'il eût été mieux connu, nous les eût fait refuser sans hésitation.

D'autre part, certains malades abusent de leur maladie, surtout aux périodes d'été, au moment des vacances et de la morte saison, et semblent s'offrir assez facilement un repos de 5 à 6 semaines à 10 fr. par jour.

Au lieu donc désormais d'adresser le candidat à un confrère voisin, nous allons vous demander l'autorisation d'organiser un service d'examinateurs, désignés à l'avance dans chaque région, examinateurs sur lesquels nous pourrons compter et qui n'auront aucun souci de camaraderie.

Nos délégués pouront assumer cette charge, mais il bien entendu que nous ne leur en ferons pas une obligation.

Vous aurez à dire comment vous entendez récompenser leurs efforts si vous approuvez notre manière de voir.

Nous vous proposons le vote d'une somme qui sera destinée à payer les frais de déplacement de nos délégués invités à venir, à tour de rôle, à Paris, lors de notre assemblée générale, pour discuter les questions professionnelles d'actualité et pour communier avec nous autour de la table du banquet annuel. (*Applaudissements.*)

★

M. le Président. — Le vote que nous vous demandons à ce sujet va porter : 1° sur la question de principe ; 2° sur le crédit de 1200 fr. que votre Trésorier d'abord, et votre Conseil ensuite, proposent de consacrer à la réalisation du projet qui vient de vous être soumis.

C'est dans ces conditions que je consulte l'Assemblée. (*Adopté*).

L'organisation pratique de cet important rouage de propagande comporte des difficultés, exige du temps, de la méthode, des renseignements. Votre Conseil se livrera sans hâte excessive à cette tâche qui ne tardera pas à porter ses fruits.

La parole est à M. le Dr Maurat.

Une Caisse de garantie contre la responsabilité civile.

M. le Dr Maurat.

Mes chers Confrères,

Vous avez certainement, tous, remarqué avec peine la tendance de plus en plus accentuée qu'ont maintenant certains malades à mettre en cause leur médecin ou chirurgien en cas de non réussite ou de réussite incomplète dans le traitement qu'ils ont institué. C'est qu'en effet, cette tendance du public, alors même qu'elle n'est pas la conséquence d'une réclamation d'honoraires chez un client de mauvaise foi, rend l'exercice de notre profession de plus en plus dangereuse et trouve malheureusement trop souvent des juges disposés à la favoriser. Elle nous obligera, si elle s'accentue davantage, à réclamer dans un avenir peut-être plus prochain qu'on ne le croit, des honoraires en rapport avec les risques et responsabilité encourus par nous, si les magistrats ne se hâtent de revenir à une interprétation plus juste de la loi qui ne nous reconnaît responsables qu'en cas de faute lourde ou de négligence condamnable ; et, dans tous les cas, elle nous oblige dès maintenant à une défensive sérieuse à laquelle nous ont conviés, depuis quelques années, nombre de confrères inquiets comme nous et désireux de remonter ce courant dangereux.

Du reste, certaines compagnies d'Assurances, mises sans doute comme nous au courant des besoins de protection du corps médical sur ce point, ont entrepris à différentes reprises une active campagne de propagande, fait à beaucoup d'entre nous des offres qui n'ont obtenu que peu de résultats, car toujours leurs propositions ont péché par la base, sur deux points principaux, savoir : l'exagération du risque et l'élévation excessive de la prime à payer.

Nous nous sommes donc mis en campagne de notre côté pour tâcher de trouver une compagnie qui consentît à organiser une assurance contre la responsabilité civile médicale, en limitant le risque assuré à un chiffre plus en rapport avec la réalité des faits et en réclamant des primes abordables ; mais, là encore, malgré certains résultats appréciables obtenus, nous nous sommes heurtés à des prétentions excessives. Il nous fallut alors, pour donner satisfaction aux sollicitations nombreuses dont nous étions si fréquemment l'objet, chercher à organiser nous-mêmes cette nouvelle défense du corps médical et notre pensée se porta immédiatement vers le *Sou Médical*, tout indiqué par son programme pour nous garantir contre les nouveaux empiètements du public dont les agissements menaçaient de nous rendre victimes ; car le *Sou* seul par sa forme syndicale, nous permettait d'organiser légalement, au prix le plus réduit et sans risque d'être écrasé par les charges fiscales, une caisse de défense et de protection de ses membres.

Restaient à étudier et établir les voies et moyens nécessaires pour la constitution de cette caisse. Sur ce point, notre travail se trouve singulièrement simplifié par une tentative analogue faite avec le plus grand succès par une société médicale voisine et il nous fut rapidement démontré qu'avec un sacrifice maximum de 4 fr. par an et par tête de sociétaire, il serait possible au « Sou médical » de garantir tous ses membres contre la responsabilité de chacun d'eux, jusqu'à concurrence de la somme de 2000 fr. au maximum.

Pour arriver à la constitution de cette somme de 4 fr. par tête, le conseil du « Sou » et les propriétaires du journal *le Concours médical* décidèrent d'en fournir chacun la moitié ; le premier par une augmentation de 2 fr. de la cotisation annuelle primitivement fixée à 18 fr., qui sera aujourd'hui même demandée à son assemblée générale, les seconds par un prélèvement de 2 fr., par membre du « Sou » quelqu'en soit le nombre à venir, pris sur le produit des annonces du Journal.

Ces derniers ne se dissimulent pas que ce sacrifice qu'ils s'imposent est une lourde charge qu'ils assument, mais ils sont poussés dans cette voie par le double désir, d'abord, d'aider à la réussite d'un projet qui leur tient à cœur, ensuite de revenir autant qu'ils le pourront aux traditions primitives de la Société en l'intéressant à la prospérité du journal. Ils espèrent que, pour les aider et les encourager dans cette voie, chacun de vous voudra bien, dans la mesure du possible, tenir, dans ses prescriptions journalières, un large compte de cette publicité qui est bonne et ne recommande à leur bienveillance que des produits de premier ordre.

Nous avons dit tout à l'heure que les 4 fr. obtenus seraient, à notre avis, très largement suffisants, et même au-delà, pour couvrir les risques encourus, mais, dans toute affaire de ce genre, il faut compter avec l'imprévu et faire entrer en ligne de compte la *Série noire* qui peut se produire au début du fonctionnement de l'œuvre et en compromettre la vitalité. C'est ici que le rôle actif de la *Société civile du Concours médical* intervient dans notre projet et que nous sommes amenés à vous demander votre appui pour constituer une caisse de réserve destinée à parer à ce danger.

Notre Société possède un capital qui s'élevait, quand il me fut confié en 1885, à la somme de 30.000 fr. et qui, grâce à des ressources diverses a, depuis cette époque, sans rien coûter aux sociétaires, atteint le chiffre de 50.000 francs qui sont votre fortune actuelle.

Les revenus de cette somme constituent, si je puis m'exprimer ainsi, l'argent de poche de la Société. Ils sont destinés à payer les frais de déplacement du conseil d'administration, à compléter les dépenses du banquet annuel, à fournir les fonds nécessaires aux études préparatoires des questions qui intéressent le corps médical. C'est sur ces revenus qu'ont été pris en outre les premiers fonds nécessaires à la création de toutes nos sociétés filiales, la Caisse des pensions de retraites, l'Union des Syndicats médicaux, l'Amicale, la Financière médicale, le « Sou médical ». Bien que ces revenus fussent naturellement assez minimes, ils nous ont également servi à manifester à plusieurs reprises, par des dons, notre solidarité confraternelle, et maintenant que, grâce à des placements heureux, ils sont devenus plus importants (puisque ce capital de 50.000 fr. vous a rapporté l'an dernier 1900 fr. et rapportera l'an prochain, plus de 2500 fr). votre conseil d'administration vient vous demander un généreux effort pour assurer le bon fonctionnement de la Caisse de garantie contre la responsabilité civile.

Il vous demande de mettre à sa disposition une somme de 10.000 fr. destinés à être prêtés, au taux de

4%, au fur et à mesure des besoins qui pourraient se produire à la Caisse de garantie en cas d'insuffisance momentanée de ses ressources.

Il est convaincu que la somme de 4 fr. par tête d'assuré, sera largement suffisante et que votre capital ainsi engagé risque peu de chose : mais, dût-il être définitivement perdu, il vous ferait encore la même proposition, certain, en agissant ainsi, de rester dans la lettre des statuts de notre Société, en assurant l'avenir d'une œuvre de défense professionnelle devenue nécessaire ; et certain également, si cela devenait nécessaire, de pouvoir rapidement, grâce à des économies faciles, reconstituer ce capital compromis:

Notre désir eût été de pouvoir constituer cette Caisse de garantie en faveur de tous les membres de la Société civile du Concours médical, mais, outre que la loi s'y oppose, il nous eût fallu des ressources autrement importantes que celles dont nous disposons et nous avons dû renoncer à cette idée chimérique. Mais il vous appartient individuellement, et nous ne saurions trop vous y convier, de profiter de cette création nouvelle en adhérant au «Sou médical», car si tous les membres de notre Société en faisaient partie, nous aurions alors de telles ressources que nous deviendrions invincibles. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Angelby. — C'est bien sous forme de prêt que la Société civile du « Concours médical » met la somme de 10.000 fr. à la disposition du « Sou médical » ?

M. le Dr Maurat. — Oui : la Société civile les prêterait, en cas de besoin, et à un intérêt de 4 %.

Me Gatineau. — L'Assemblée tient-elle beaucoup à cet intérêt quand il s'agit d'une œuvre qui rentre si bien dans son programme ?

(De tous côtés : *Non, non.*)

M. le Président. — Si vous vous considérez comme suffisamment éclairés sur la portée de ce que nous vous demandons (*Oui, oui*), je mets aux voix ce prêt conditionnel et *sans intérêts.*

(*Adopté à l'unanimité.*)

Le tarif ouvrier et les accidents du travail.

M. le Dr Jeanne. — Par le *Concours médical* et par le *Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux*, vous avez été scrupuleusement tenus au courant de nos efforts devant la Commission du Sénat. — Aux dernières nouvelles (on vous le répétera au banquet), la commission du Sénat nous offre d'importantes satisfactions. Mais elle songe encore à nous faire discuter nos honoraires en tête à tête avec les délégués des Cies d'assurances, et vous voyez si la chose est vraiment facile à admettre, dans une profession comme la nôtre, et s'il est plus raisonnable d'exiger cela de nous que des professions similaires, de l'Ordre des avocats par exemple. — Nous ne désespérons pas de limiter cette prétention injuste, et nous allons continuer avec l'Union des Syndicats notre campagne en ce sens, si vous nous en donnez mandat.

(*Adopté.*)

Sur les points autres que celui du tarif, notre confrère Diverneresse serait bien aimable de vous dire ce qui a été obtenu et ce qui reste à faire.

M. le Dr Diverneresse. — Ce que je puis exposer, messieurs, vous est déjà connu, sans doute, puisque j'en ai beaucoup parlé dans nos journaux. J'insiste cependant sur une dangereuse innovation née au Sénat. On y propose que, quand il y aura désaccord sur la date de consolidation de la blessure, le juge de paix soit dessaisi en faveur du tribunal. Alors, mes chers confrères, pour une divergence de vues de deux médecins, divergence portant sur deux ou trois jours quelquefois, peut-être verrait-on l'esprit de chicane retarder l'indemnité de l'ouvrier pendant de longs mois. Nous ne pouvons pas éviter de protester contre ce danger couru par nos blessés. (*Très bien, très bien.*)

M. le Dr Jeanne. — En résumé, mes chers confrères, nous restons sur la brèche et vous demandons de nous confirmer le mot d'ordre de marcher avec les syndicats médicaux et les syndicats ouvriers.

(*Adopté.*)

La réforme des études médicales.

M. le Président. — Notre confrère, M. le Dr Lacroix, a présenté, dans un lumineux rapport, dont M. Dr Maurat va donner lecture, les résultats de notre enquête sur ce sujet, en ce qui concerne les 2e et 3e années des études médicales.

M. le Dr *Maurat.* — A la dernière assemblée générale, après avoir entendu et discuté le remarquable rapport du Dr Jeanne sur les « Réformes à apporter aux études médicales », vous avez adopté, Messieurs, les conclusions suivantes :

1° Maintien du P. C. N. actuel, à titre de préparation, par une meilleure culture générale, et surtout comme première barrière opposée à l'encombrement ;

2° Emploi de la première année passée à la Faculté de médecine à l'*étude générale, en vue de la médecine*, des sciences dites accessoires, et consécration de cette étude par un examen éliminatoire ;

3° Seront ultérieurement précisés par la commission l'époque et le mode d'enseignement des *applications médicales* des susdites sciences, que l'enquête tend de plus en plus à faire considérer comme fondamentales.

Tel était, au mois de novembre dernier, l'état de la question. Les bases de la première année de médecine se trouvaient établies par votre vote et nous avions à aborder alors le programme d'étude des années suivantes.

Les interrogations qui se posaient à nous se résumaient ainsi : A quelles branches des sciences médicales — anatomie, physiologie, histologie, pathologie — l'étudiant devrait-il consacrer sa seconde et sa troisième années ? Le stage hospitalier pourrait-il être commencé dès le début ? Quels devraient être, enfin, les examens qui clôtureraient cette partie de la scolarité ?

Pour fournir à votre commission, sur ces différents sujets, des documents aussi autorisés que possible, je suis allé, comme je l'avais fait l'an dernier déjà, prendre l'avis des membres compétents du corps professoral de la Faculté de Paris. Les indications que j'ai recueillies ont été consignées, pour la plupart, sous forme d'interviews, dans plusieurs numéros du *Concours médical*. Laissez-moi, Messieurs, remercier ici en passant, les professeurs Poirier, Richet, Cornil, Gilbert, Pouchet et Hutinel, du bienveillant accueil qu'ils

ont constamment fait à votre envoyé. Les conversations que j'ai eues avec ces maîtres m'ont montré le haut intérêt qu'ils prennent à l'amélioration de l'enseignement qui leur est confié.

J'aborde maintenant, sans autre préambule, car je désire être bref, le questionnaire en face duquel se trouvait votre commission :

I. *Programme d'études pour la seconde et la troisième années ?*

Le programme de la deuxième année doit évidemment comprendre l'anatomie, l'histologie et la physiologie. Doit-il également englober la pathologie et le stage hospitalier ? Nous n'hésitons pas à dire : oui. L'enseignement de l'anatomie et celui de la pathologie peuvent parfaitement marcher de pair et il y a tout avantage à diriger vers l'hôpital, sans plus attendre, l'élève qui vient de subir, à la Faculté de médecine, son premier doctorat, portant sur les sciences dites accessoires. Votre commission est d'avis que l'enseignement clinique, le stage hospitalier, devrait commencer au début de la 2e année, avec l'anatomie, l'histologie et la physiologie.

Pour cette seconde année, nous proposerions donc la réglementation suivante : stage hospitalier le matin; anatomie, histologie et physiologie l'après-midi.

Pour la troisième année le programme serait le même, avec cette différence, toutefois, que la pathologie prendrait à ce moment de plus en plus de prépondérance.

Certains esprits, Messieurs, nous reprocheront, peut-être, de nuire à l'enseignement de l'anatomie, de l'histologie et de la physiologie, à celui de l'anatomie surtout, en instituant dès le premier jour, concurremment avec elles, l'étude de la pathologie et le stage hospitalier.

Dans le but de répondre à cette objection, je vais entrer dans quelques détails sur l'importance respective de ces branches de l'enseignement médical.

Le médecin — et nous sommes tous d'accord sur ce point — a besoin de posséder des notions solides d'anatomie. Et cependant, depuis plusieurs années, des voix se sont élevées de divers côtés contre ce que l'on a appelé l' « exagération » des études anatomiques. Il est excessif, me disait un professeur de la Faculté de Paris, « sur les cinq années passées à l'école, d'en consacrer deux, près de la moitié, à l'anatomie et à la dissection. Il est nullement indispensable, pour faire un bon médecin praticien, d'avoir disséqué durant deux semestres des muscles et des filets nerveux. En Allemagne et en Angleterre, on montre aux étudiants des pièces, des cadavres entiers préparés d'avance. C'est plus simple, beaucoup plus rapide et aussi instructif ».

Dans un article du *Bulletin médical*, reproduit par le *Concours*, M. le professeur Truc, de Montpellier, formule la même opinion :

« L'anatomie, dit-il, avec l'histologie, la physiologie, la physique et la chimie médicales, reste toujours le fondement de la médecine, mais elle ne peut vraiment absorber la moitié de la scolarité. En raison de nécessités nouvelles, son enseignement doit être établi d'une manière plus rapide.

« La dissection prête particulièrement à la critique. On demande pour elle toujours plus de temps et de sujets. Il y a là une erreur d'interprétation. Ancien aide d'anatomie et prosecteur, ajoute le professeur Truc, j'ai pu le constater jadis : l'étudiant n'apprend guère d'anatomie sur le cadavre, il lui faudrait pour cela de longues années de dissection. Presque toute l'anatomie peut être étudiée sur des pièces préparées d'après la méthode de Laskowski ou sur des pièces maintenues dans des liquides conservateurs. Seules, quelques parties et les régions principales méritent une dissection personnelle ».

Nous n'avons pas reproduit ces critiques, croyez-le bien, Messieurs, pour instruire le procès de l'anatomie. Nous pensons, néanmoins, qu'il serait possible d'apprendre plus vite cette science et d'économiser un peu du temps des élèves en apportant à l'enseignement pratique tel qu'il est aujourd'hui compris, certaines améliorations. Ces améliorations sont précisément celles demandées par le professeur Poirier. M. Poirier voudrait que « les conférences actuelles, trop longues et pas assez appliquées, des prosecteurs dans les pavillons soient remplacées par des *démonstrations* pratiques d'une demi-heure, la parole du maître ne servant qu'à décrire la pièce mise sous les yeux et montrée, muscle par muscle, nerf par nerf, vaisseau par vaisseau, aux élèves ». Il voudrait, également, qu'un musée de « préparations anatomiques conservables » soit constitué et mis à la disposition des étudiants.

Dans ces conditions, et grâce à de telles modifications, l'élève pourrait apprendre tout ce qui lui est nécessaire en anatomie et entrer simultanément de plain-pied dans l'étude de la pathologie.

Si l'on nous demande, maintenant, comment nous comprendrions l'enseignement de cette dernière, nous répondrons que le stage hospitalier en devrait être la base. C'est le matin, dans ses visites à l'hôpital, et dans des cours cliniques, que l'élève l'étudierait.

L'enseignement *théorique* de la pathologie est, en effet, manifestement imparfait. La médecine ne saurait s'apprendre en écoutant des discours, si éloquents soient-ils. La description orale des maladies demeure sans portée si les éléments de démonstration, étuves à cultures, microscopes et surtout malades font défaut. La pathologie ne se comprend et ne se retient qu'à une condition : que l'élève voie ! Ce n'est pas moi, Messieurs, qui parle ainsi, mais le Professeur Hutinel lui-même, dans un entretien qu'il voulut bien nous accorder. « J'ai conscience disait-il d'ailleurs à son auditoire, dans sa dernière leçon du semestre d'hiver, que l'enseignement qui vous est donné dans cet amphithéâtre, n'est pas ce qu'il devrait être... Depuis longtemps nous marchons dans la même ornière, comme si, depuis un demi-siècle, rien n'avait changé en médecine. Je ne suis ni un novateur, ni un révolutionnaire, mais je suis désolé de consumer sans profit une activité qui aurait pu être plus féconde. Je suis navré d'être condamné à semer, chaque année, pendant 4 mois, une graine stérile ». Et M. Brissaud, titulaire de la seconde chaire de pathologie interne à la Faculté de Paris, reprenant la question, développait longuement et non moins éloquemment une opinion analogue dans la première leçon de son cours de 1904, leçon qui eut quelque retentissement à la Faculté.

Le cours théorique de pathologie médicale, le cours « avec le verre d'eau », comme l'appelle spirituellement le professeur Brissaud, n'a pas sa raison d'être et il conviendrait de le remplacer par une chaire de clinique. En définitive, Messieurs, l'enseignement de la pathologie, tout au moins dans ses parties essentielles, se confond avec celui de la clinique. En commençant son stage, l'élève commencera donc la pathologie. Nous n'entrerons pas plus avant, aujourd'hui, dans ce sujet, qui aura à nous préoccuper plus tard.

II. J'arrive maintenant *à la sanction de ces études, aux épreuves et aux examens chargés d'apprécier le travail et les connaissances acquises par l'élève.*

Le régime actuel d'examens est notoirement défectueux et il ne semble avoir satisfait personne. Il est, dans une certaine mesure, responsable de l'encombrement de notre profession et il ne donne pas à notre diplôme des garanties suffisantes. En voulez-vous un exemple ? Je l'emprunte à l'interview du Professeur Hutinel :

« Le troisième Doctorat, 2e partie, nous dit ce maître, comprend des interrogations complexes de pathologie interne, de parasitologie et d'anatomie pathologique. Supposez un candidat très faible en pathologie mais bien préparé sur les autres questions. Grâce à la multiplicité des matières, ses bonnes notes en parasitologie et anatomie pathologique, le feront admettre : c'est ainsi que l'on peut être reçu à l'épreuve de pathologie médicale sans connaître les symptômes d'une fièvre typhoïde ou les signes d'un épanchement pleural. »

Pour remédier à ces défectuosités, nous avions pensé à l'ancien système des examens de fin d'année qui, certes, permettait de surveiller plus efficacement le travail des étudiants. Le Dr Gassot a trouvé mieux encore et sa proposition, à laquelle nous adhérons pleinement, présente l'avantage de constituer un contrôle des connaissances du candidat et, en même temps, d'obliger l'étudiant à suivre régulièrement l'enseignement qui lui est donné.

Un des principaux desiderata formulés par l'ensemble du corps professoral de la Faculté de Paris, est le défaut d'assiduité des élèves aux cours.

« En France, nous disait le professeur Cornil, on n'exige pas la présence des étudiants aux leçons et ils assistent à celles qui leur plaisent. Ils viennent nombreux certains jours, lorsqu'ils espèrent entendre traiter un sujet divertissant : on voit beaucoup d'étudiants et même d'étudiantes (?) s'asseoir sur les gradins de l'amphithéâtre de médecine légale lorsqu'il va être question des attentats aux mœurs ou de la pédérastie. Je ne leur en fais pas un reproche, car la question vaut la peine d'être connue, mais je souhaiterais qu'ils conservent un peu de leur assiduité pour d'autres leçons aussi importantes, quoique d'ordre moins pittoresque. »

« La première chose à demander, en matière de réforme des études médicales, nous disait un autre maître, est l'assistance des élèves aux leçons. Que les cours soient obligatoirement suivis, que les auditeurs prennent des notes, qu'ils soient interrogés par le professeur et nous ne verrons plus ces ignorances notoires qu'il nous arrive de rencontrer parfois aux examens. »

Il faut bien le reconnaître, Messieurs, le régime de liberté absolue dont jouit l'étudiant en médecine a des conséquences néfastes sur l'instruction médicale en générale. Avec lui, l'étudiant studieux et celui qui ne l'est pas se trouvent au même niveau lorsqu'arrive l'heure de l'examen : le premier n'est pas protégé contre le trouble qui peut l'envahir et le second est, au contraire, favorisé par les chances d'une interrogation heureuse. Il y a là certainement une injustice, doublée d'un inconvénient grave pour notre profession dont l'accès n'offre plus suffisamment de garantie.

Votre commission estime qu'une surveillance des études est nécessaire. Or, la proposition du Dr Gassot établit cette surveillance d'une façon douce et occulte, si je puis m'exprimer ainsi. M. Gassot propose que, pendant cette 2e et cette 3e années, l'élève en médecine subisse, tous les mois, des interrogations dont la teneur varierait avec les cours qu'il aurait à suivre. Ces interrogations périodiques donneraient lieu à des notes, consignées au dossier, qui pourraient, au cas où une moyenne déterminée n'aurait pas été obtenue, empêcher l'étudiant de prendre son inscription. Ces interrogations tiendraient les élèves en haleine et présenteraient beaucoup moins d'aléa qu'un examen unique de fin d'année.

La troisième année d'études clôturerait, enfin, par un examen proprement dit : ce serait le deuxième doctorat, portant sur l'anatomie, l'histologie, et la physiologie.

En résumé, Messieurs, votre commission soumet à votre discussion et à votre approbation les conclusions suivante :

1° Consacrer la 2e et la 3e années d'études médicales, à l'anatomie, l'histologie, la physiologie et la pathologie. L'enseignement de cette dernière aurait pour base le stage hospitalier commencé dès le début de la seconde année, et prendrait d'autant plus d'importance que l'étudiant avancerait en scolarité.

2° Etablir une surveillance des études par des interrogations mensuelles des élèves et clôturer la 3e année par un examen de doctorat (le 2e doctorat), portant sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

M. le président.—Quelqu'un désire-t-il la parole sur ces conclusions si rigoureusement déduites qui prendront place dans notre travail d'ensemble.

M. le Dr Bérillon. — Je voudrais seulement rappeler que les cours bien faits sont bien suivis. Obliger à suivre ces cours-là, c'est bon, mais pas nécessaire ; obliger à suivre les autres est vexatoire et mauvais. (*Applaudissements.*)

M. le président. — La critique de M. Bérillon est très juste, mais comme nous devons supposer, dans notre projet, des cours très utiles et tous bien faits, les conclusions de M. Lacroix ne m'en paraissent pas atteintes.

(*Les conclusions du rapport sont adoptées.*)

Mouvement annuel de la Caisse des Pensions jusqu'au 20 novembre 1904.

M. le Dr Verdalle :

Actif :

En caisse au 1er janvier	6.162 19	
Cotisations encaissées en 1904	70.183 35	
Revenus du portefeuille	24.392 75	100.738 29

Passif :

Achat de valeurs de portefeuille	49.516 90	
Paiement des retraites	36.168 80	
Frais généraux	2.566 65	
Remboursement de cotisations	2.094	
En caisse au 20 novembre 1904	10.391,94	100.738 29

Etat de la Caisse des Victimes du devoir médical au 18 novembre 1904.

M. le Dr Giberton-Dubreuil :

Recettes : Espèces en caisse au 1er janvier 1904	739 05
Recettes de 1904	308 70
Total	1.047 75
Dépenses : Madame M. (Mérandon)?	80 »»
Frais généraux	2 60
Achat d'une obligation, Midi	452 50
Total	535 10

Balance :

Recettes	1.047 75
Dépenses	535 10
Reste en caisse	512 65

Avoir de la Caisse : 255 fr. de rente 3 % amortissable, au porteur.
5 obligations Midi.
Espèces en caisse, 512.65.

Le Congrès d'exercice illégal.

M. le Dr Levassort. — On me demande, Messieurs, de faire moi-même appel à votre budget pour une contribution aux dépenses du Congrès d'exercice illégal de la médecine qui se tiendra l'année prochaine. Je suis,en effet,le secrétaire général de la commission de préparation, et à ce titre, j'aperçois nettement nos besoins d'argent que M. Gouffier, notre trésorier, également bien connu de vous, sait aussi parfaitement que moi. Nos travaux s'avancent, nos rapporteurs sont désignés, quelques-uns même ont déjà rédigé leurs études : l'heure approche d'envisager les frais de publication et de faire rentrer l'argent. Votre conseil nous a promis, en principe, la contribution pécuniaire du Concours médical et je viens demander à l'Assemblée générale de fixer le quantum de cette contribution. (*Très bien.*)

(*Sur la proposition du Trésorier une somme de* 500 *fr. est votée pour être mise à la disposition de M. le Dr Gouffier (de Neuilly), trésorier du Congrès*).

Propositions diverses.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Jeanne, chargé de rapporter les propositions diverses.

M. le Dr Jeanne. — M. le Dr Meunier (de Calais) voudrait que soient mis à la disposition des membres du Concours des modèles de notes d'honoraires au dos desquels seraient rappelés les points que le client ne doit pas perdre de vue ou qu'il faut lui faire connaître s'il les ignore.

Cette idée, qui a des avantages pratiques analogues à ceux des feuilles d'ordonnances Diverneresse pour les accidents du travail, a paru réalisable à votre conseil. Il vous demande d'en adopter le principe et de renvoyer,pour la mise au point et l'exécution, à la collaboration de MM. Meunier, Gassot, Maurat, Jeanne, H. Cézilly, de Grissac, et Me Gatineau. Ce serait un service de plus annexé à ceux du bureau du journal.

(*Adopté.*)

La deuxième proposition émane d'un confrère qui invite votre assemblée à décréter la grève générale contre les collectivités qui cherchent à nous imposer des rabais. Nos sentiments sur ce sujet sont bien connus, mais le conseil de direction de cette société croit toujours que les actes sont préférables aux paroles bruyantes et au bluff des manifestations platoniques. Il vous propose de remettre tous votes de ce genre au jour où ceux qui les proposent apporteront l'adhésion écrite de tous les membres du corps médical français, et, en attendant, de poursuivre l'union qui doit préluder à des décisions de cette portée.

(*Adopté.*)

M. le Président. — L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée,

BANQUET

L'assemblée générale a été suivie d'un banquet encore plus attrayant si possible que ceux des années précédentes. Ainsi que nous l'avons déjà dit au numéro dernier, on a fêté le verre en main l'union intime de toutes nos sociétés : Concours médical, Union des syndicats, Association générale, «Sou médical» et Syndicals, Œuvres de prévoyance, et notamment le Groupe médical parlementaire qui se tient maintenant vaillamment sur la brèche pour nos revendications.

Nous ne pouvons reproduire que le toast du président, M. le Dr Gassot, mais les heureuses improvisations de MM.Gairal,Brouardel, Gauthier, Pédebidou, Lassalle,Dubuisson,Diverneresse, Gardette, Monnet, P. Archambaud,ont donné à notre repas une note de cordiale solidarité qui a produit sur tous une profonde impression, et que nous retrouverons plus accentuée encore l'année prochaine, car, quand on a goûté à ces bonnes choses on y revient avec enthousiasme.

Toast de M. le Dr Gassot, président du Concours médical.

Chers confrères,

C'est aujourd'hui la vingt-cinquième fois que nous nous trouvons réunis dans ce banquet fraternel — un quart de siècle ! cela commence à compter ; eh bien! si nous jetons un coup d'œil en arrière sur l'œuvre accomplie en commun, nous pouvons, ce me semble, bien dire que nous n'avons pas perdu notre temps.

Qu'était-ce que le corps médical au moment où Cézilly fondait le *Concours* ? Rien de tangible, une simple expression à laquelle ne correspondait aucune réalité ; les belles ardeurs du Congrès de 1845 étaient tombées, les médecins vivaient isolés, s'ignorant les uns les autres, trop souvent ennemis, et l'Association générale, seul groupement professionnel d'alors, somnolait quelque peu, en matière de défense professionnelle.

Le *Concours* apparaît et donne le branle, alors tout change : à l'appel du nouveau journal, les médecins se rapprochent et s'unissent, notre Société prend naissance ; puis viennent les Syndicats médicaux et leur Union ; l'Association générale se réveille ; enfin on voit surgir les œuvres de prévoyance et de défense professionnelles. Toutes, sans doute, ne se groupent pas autour du *Concours*, mais on peut dire que toutes procèdent du mouvement créé par lui.

Nous ne saurions oublier l'homme à l'initiative duquel nous devons un tel réveil rappelé par le Congrès de 1900 et, en levant nos verres aux succès de toutes ces sociétés vaillantes, nous n'en séparerons pas la mémoire de Cézilly. (*Applaudissements.*)

Mais je ne puis pas oublier non plus, Messieurs, que c'est grâce à votre concours — le mot ne saurait être remplacé — que ces résultats ont pu être obtenus : si nous avons, au journal, embouché le clairon, c'est vous qui avez mené la charge, et, si la victoire a pu s'ensuivre, c'est à nos communs efforts à tous qu'elle a été due ; s'il est arrivé que l'événement n'ait pas entièrement répondu à nos espérances, nous pouvons nous rendre cette justice que jamais nous n'avons fermé les yeux pour ne pas voir le danger, que nous avons toujours ensemble fait face au péril et que toujours nous avons fait vaillamment notre devoir. (*Applaudissements.*)

Nous avons trouvé de précieux appuis, il faut le reconnaître :

D'abord près de nos divers Conseils, à la compétence desquels nous ne pouvons avoir recours sans qu'ils ne s'en montrent eux-mêmes reconnaissants, de sorte que nous ne savons trop comment leur témoigner notre profonde gratitude. (*Applaudissements.*)

Ensuite près des membres des bureaux des autres sociétés médicales, car, pour notre plus grand bien, toutes marchent d'accord, la main dans la main — j'en veux pour preuve la présence côte à côte à ce banquet du Président de l'Association générale des médecins de France et du Président de l'Union des Syndicats. (*Nouveaux applaudissements.*)

M. Brouardel nous a, ces jours derniers, rendu un signalé service : il a bien voulu accompagner nos délégués près d'une commission sénatoriale et appuyer de sa haute autorité nos revendications au sujet de la loi sur les accidents du travail. Qu'il me permette de lui adresser, en votre nom à tous, nos plus vifs remerciements. (*Salve d'applaudissements prolongés.*)

Enfin, près de nos amis des diverses administrations, et près de nos confrères du Parlement, ceux du moins qui veulent bien se souvenir qu'il existe par le monde des médecins pour lesquels la vie n'est pas toujours rose.

Permettez-moi donc, mes chers confrères, d'unir dans un même toast : le *Concours médical*, tous ses membres, ses Conseils, ses invités, ses amis, tous ceux enfin qui veulent bien venir à lui pour combattre le bon combat. (*Applaudissements et ban.*)

Etaient présents : MM. les docteurs Saint-Cyr de Montlaur, de la Celle-Saint-Cloud ; David, de Claye-Souilly ; Archambaud, de Paris ; M. Fleury, actuaire à Paris ; Gardette, de Paris ; Mangenot, de Paris ; Targowla, de Dercy ; Henry, de Seine-Port ; Verhaeghe, de Lille ; Lande, de Bordeaux ; Lacroix, de Paris ; Maurat, de Chantilly ; Delefosse, de Paris ; Gassot, de Chevilly ; Katz, de Pontoise ; Bazot, de Joigny ; H. Cézilly, de Coye ; Lepage, de Paris ; Delpeut, de Saint-Chéron ; Huguenin, de Paris ; Dupont, de Bois-Colombes ; Fraenckel, de Paris ; de Grissac, d'Argenteuil ; Barada, de Betz ; Beuve, de Dammartin ; Le Menant des Chesnais, de Paris ; Jeanne, de Meulan ; Mignon, Les Mureaux ; Faraggi, de Houilles ; Pillou, de Paris ; Monnier, de Douai ; Gros, d'Auxon ; Gassot fils, d'Avon ; Maurat fils, de Paris ; Pasquet, de Paris ; Dupont, de Villiers-Saint-Georges ; Blache, de Paris, Meunier, de Calais ; Pamart, de Paris ; Veyret, de Courpière ; Vial, de Deauville ; D'Ayrenx, de Paris ; Le Filliâtre, de Paris ; Bonnarme, de Pons ; Peschaud, G., de Murat ; Reumaux, de Dunkerque ; Pontet, de Rives ; Odin, de Lyon ; Laurent, de Cosne ; Laisné, de Paris ; Dunogier, de Paris ; Lépine, de Belleville-sur-Saône ; Angelby, de Paris ; de Chateaubourg, de Dinard ; Patureau-Miran, de Paris ; Naudet, d'Artenay ; Delacour, de Paris ; Michaud, de l'Isle-sur-le-Doubs ; Rousseau, de Paris ; Gairal, de Carignan ; Verdalle, de Cannes ; de Fourmestreaux, de Versailles ; Moureille, de Paris ; Richard-Lesay, de Lille ; Reumaux, de Staple ; Provenoz, de Wissous ; Me Galineau, de Paris ; Diverneresse, de Saint-Mandé ; Guiberteau, de Saint-Jean-de-Corcoué ; Cabasse, de Vaucouleurs ; Naudin, de Lorris ; Petitjean, de Jouarre ; Garlopeau, de Thoiry ; Rachet, de Honfleur ; Charrier, de Thouars ; Breitman, du Vésinet ; Lemaire, de Compiègne ; Chamousset, de Bellême ; Rosemblat, de Bagnolet ; Cailleux, de Crépy-en-Valois ; Mermillod, de Sacias ; Demmler, de Saint-Leu-d'Esserent ; Mazeroux, de Conflans-Sainte-Honorine ; Tschudnowsky, de Paris ; Bérillon, de Paris ; Kaplan, de Vailly ; Darène, de Viarmes ; Levassort, de Paris ; Brouardel, de Paris ; Pédebidou, sénateur des Hautes-Pyrénées ; Gautier, sénateur de la Haute-Saône ; Lereboullet, de Paris ; Vimont, de Paris ; Cézilly, (Paul), d'Enghien ; Gouin, père, Gonin, fils, de Paris ; Marquet, d'Orgerus ; Dally, de Paris ; Coudert, de Paris ; Duchesne, de Fontenay-sous-Bois ; Tabard, de Vareddes ; Sergent, de Septeuil ; Cabon, de Fublaines ; Perrin, de Bezons ; Lassalle, de Lormont ; Crouzet, de Creil ; Champetier, de Vals ; Parès, de Paris ; Dubuisson, député du Finistère ; Paul Petit, de Paris ; Daix, de Clermont ; Léon Marie, de Paris ; Rondel, de Paris ; Monnet, de Paris ; de Fontaubert, de Paris ; Gouffier, de Neuilly ; Gourichon (Louis), de Paris ; Gourichon H., de Paris ; Girard, d'Ivry ; Mage, de Châtel-Guyon ; Gellé G., de Paris ; Maurice Petit, de Montereau ; Vigouroux, de Paris ; Fourcaud, de Pau ; Bernard, de Paris ; Berne, de Biarritz ; Robert, de Paris ; Gaudier, de Beauvois ; Vaille, de Caudry ; Vallat, de Joinville-le-Pont ; de Langenhagen, de Plombières , Grellety, de Vichy ; Baratoux, de Paris ; Boé, de Paris ; Mathieu, de Morienval ; Mendelsohn, de Paris ; Gillet, de Paris ; Cattier, de Paris ; Petit (Art.), de Paris ; Baudelocque, de Bassou ; Pitch, de Paris ; Dedet, de Martigny-les-Bains, etc...

Se sont excusés : MM. Fontaine, de Paris ; Courgey, d'Ivry ; Emanuelli, d'Osne-le-Val ; Billon, de Dôle ; Brun-Bourguet, de Fréjus ; Moreau, de Chatillon-sur-Sèvre ; Lemière, de Lille ; Saint-Aurens, de Paris ; Giberton-Dubreuil, de Jouy-en-Josas ; Mignen, de Montaigu ; Beauxis-Lagrave, d'Aulnay ; Chevallier, de Compiègne ; de Welling, de Rouen ; Oudaille, au Cannet ; Treille, de Lavaveix ; Barrabé, de Domfront ; Coup, de Méru ; Pierre, de Paris ; Leriche, de Meung-sur-Loire, etc.

LA SEMAINE MÉDICALE

Formes extra-intestinales de l'infection Eberthienne.

Nombreux sont les cas où le clinicien, en présence de tel ou tel cortège symptomatique, méningitique, cardiaque, pulmonaire, se trouve fort embarrassé pour mettre une étiquette précise et bien définie. Le fait est que beaucoup de ces états demeuraient encore fort mystérieux avant les recherches modernes de diagnostic physico-chimique imaginées par MM. Widal, Courmont, etc.

Ainsi, le séro-diagnostic éberthien pratiqué systématiquement pour des cas de ce genre, mal déterminés, a montré que plusieurs septicémies erratiques, pleurales, méningitiques, thyroïdiennes, devaient être attribuées au bacille d'Eberth et méritaient d'être classées dans la catégorie des infections éberthiennes extra-intestinales, comme il y en a d'autres qui se rattachent au groupe des infections extra-pulmonaires du pneumocoque.

Quand on parcourt les observations qui constituent le groupe de ces septicémies éberthiennes, on voit qu'elles se relient entre elles par bien des caractères communs. Le début de la maladie est insidieux, comme dans la dothiénentérie avérée : on note la même céphalalgie, la même fatigue, le malaise, les épistaxis et même l'ascension progressive de la température. Plus tard, l'état typhoïde est constant. Le cœur, le pouls, se comportent comme dans la fièvre typhoïde normale ; l'urine est albumineuse ; la diazo-réaction est positive.

Par contre, les symptômes intestinaux manquent dans presque toutes les observations et les taches rosées sont rares.

En résumé, d'une part, on peut observer des formes septicémiques, avec infection du sang, par le bacille d'Eberth, mais sans localisation aucune, caractérisées seulement par le volume considérable de la rate et un état général grave ; et d'autre part, cette septicémie peut s'accompagner de localisations qui donnent à la maladie un tout autre aspect que celui qu'elle a habituellement ; c'est ainsi que la septicémie typhoïde revêt les formes méningitique, broncho-pneumonique, pleurétique, cholécystique, articulaire et néphritique.

Le diagnostic de ces formes anormales de la fièvre typhoïde n'est possible que par l'emploi des méthodes de laboratoire.

En face d'une méningite, d'une pleurésie, d'une cholécystite, on ne peut diagnostiquer la lésion organique sans pouvoir affirmer, par les seuls symptômes, l'origine éberthienne de la maladie. Tout au plus, la courbe thermique, comme dans certaines observations, la tuméfaction de la rate, le facies du malade, quelques taches rosées, éveillent-elles l'attention, détournée bien vite par l'absence des symptômes abdominaux. La recherche de la diazo-réaction, mais surtout le séro-diagnostic, ou la culture du sang, permettent seuls de porter un diagnostic complet. D'autre part, il est souvent difficile de diagnostiquer l'état exact de l'intestin et d'affirmer qu'on est bien en présence d'une forme extra-intestinale de l'infection éberthienne. La culture du sang, le séro-diagnostic, la diazo-réaction, ne préjugent en rien de l'état de l'intestin. Positives, ces méthodes indiquent seulement l'infection éberthienne. La présence du bacille d'Eberth dans les selles pourra seule renseigner sur l'état de l'intestin ; il faut donc recourir à la culture des matières fécales. Un résultat négatif répété pourra faire supposer l'intégrité de l'intestin.

Il y a donc là des infections d'un caractère obscur et dont la nature, bien souvent, doit échapper au médecin.

LARYNGOLOGIE

L'otalgie gutturale.

L'auriste est quelquefois consulté par des malades auxquels pourrait s'appliquer la qualification de « faux auriculaires ». Les patients en question se plaignent de douleurs d'oreille souvent extrêmement vives, qui, en raison de leur intensité, semblent, au premier abord, résulter d'une inflammmation otique aiguë. Vous les examinez avec l'otoscope et vous ne trouvez aucune lésion de l'organe de l'ouïe : le tympan n'est ni hyperémié, ni dépoli, ni rétracté ; la région mastoïdienne n'est ni tuméfiée, ni sensible à la pression et rien, d'ailleurs, ne vient indiquer qu'elle participe à un processus morbide quelconque. Si vous n'y prenez garde, vous porterez facilement, en pareille circonstance, le diagnostic de névralgie, d'otalgie simple, et vous donnerez en conséquence un traitement analgésiant dont l'effet sera, contre votre attente, à peu près nul. Ces sujets, atteints d'otalgie d'origine gutturale, sont en effet, justiciables d'une toute autre médication. Ainsi, un de mes malades, qui n'éprouvait aucun soulagement de doses assez considérables d'antipyrine, de pyramidon et de phénacétine, guérit rapidement grâce à l' « analgésique » qui convenait à son cas, en l'espèce le mercure, son otalgie relevant d'une syphilis secondaire amygdalienne. Un autre, qui prenait dans le courant de chaque nuit 5 à 10 centigrammes d'extrait thébaïque, sans pour cela calmer ses souffrances et dormir convenablement, obtint une atténuation immédiate de ses douleurs d'oreille par de simples attouchements du pharynx, *loco dolenti*.

En quoi consiste donc ce syndrome, l'otalgie gutturale, auquel je fais allusion ? On doit entendre sous ce nom toute douleur d'oreille provoquée par une affection du pharynx ou du larynx.

Il peut paraître étrange de voir des douleurs auriculaires être sous la dépendance d'un état pathologique de la gorge. C'est cependant là une éventualité des plus communes. Le mécanisme de l'otalgie gutturale, dont nous dirons seulement quelques mots, se conçoit aisément lorsque le pharynx nasal et l'orifice des trompes d'Eustache sont intéressés, le retentissement sur la caisse du tympan étant immédiat. Lorsque la lésion siège dans le pharynx bucco-laryngé ou dans le larynx, il faut faire intervenir, pour expliquer le trouble otique, l'irritation des nerfs pharyngés et particulièrement du laryngé supérieur, et sa transmission au rameau auriculaire du pneumogastrique. Rappelons que le pneumogastrique, par ses filets pharyngiens et par les laryngés supérieurs, préside à l'innervation sensitive des régions suivantes :

Les amygdales palatines ;
La paroi pharyngée postérieure ;
L'amygdale linguale ;
L'épiglotte, les fossettes glosso-épiglottiques, et la muqueuse laryngée.

Toute excitation partie de l'un quelconque de ces points pourra provoquer, par voie réflexe, de l'otalgie. En clinique, ce phénomène se montre à titre de symptôme au cours d'assez nombreuses maladies du canal pharyngo-laryngien : angines, tuberculose, syphilis et cancer. Nous allons envisager successivement ces différentes modalités étiologiques de l'otalgie gutturale.

(a) *Otalgie dans les angines.*

Parmi les affections aiguës de la gorge, l'inflammation phlegmonneuse péri-amygdalienne est celle qui retentit le plus fréquemment, au point de vue douleurs névralgiques, sur les oreilles. Au fur et à mesure que l'abcès se développe, les élancements deviennent plus accusés, gagnent l'oreille correspondante et s'y répercutent péniblement. Chaque mouvement de déglutition entraîne également une vive sensibilité auriculaire. Une fois l'abcès ouvert, tout rentre aussitôt dans l'ordre.

(b) *Otalgie dans la tuberculose pharyngo-laryngée.*

Que les ulcérations tuberculeuses siègent au niveau de l'isthme, de la région aryténoïdienne ou de l'épiglotte, elles causent constamment des douleurs aiguës au moment du passage du bol alimentaire et de la salive. Ces douleurs, que le patient compare à la brûlure d'un charbon ardent ou d'un fer rouge, se propagent habituellement aux oreilles.

(c) *Otalgie dans la syphilis de la gorge.*

La syphilis secondaire du pharynx, le chancre de l'amygdale, l'érythème, les plaques muqueuses des tonsilles palatines et linguale, provoquent quelquefois des phénomènes douloureux à localisation otique. Il s'agit de douleurs, qui accompagnent les mouvements de déglutition.

De tous les accidents syphilitiques du pharynx, celui qui détermine le plus communément le syndrome auriculaire en question est l'angine syphilitique aiguë : on donne ce nom à une sorte d'angine fébrile, pseudo-membraneuse généralement, greffée sur les syphilides.

(d) *Otalgie dans le cancer de la gorge.*

Le cancer de l'amygdale et le cancer laryngé constituent une cause assez fréquente d'otalgie. Même avant la période d'ulcération, parfois tout à fait au début de la néoplasie, la douleur d'oreille se montre. Dans bien des cas, elle naît pour ainsi dire avec le cancer dont elle constitue un satellite extrêmement pénible.

Comment se présente, cliniquement, l'otalgie gutturale ?

Suivant son acuité et suivant le développement des signes propres à la lésion pharyngo-laryngienne, l'otalgie peut être un trouble accessoire ou au contraire dominer le tableau symptomatologique.

Dans les angines inflammatoires, dans l'abcès péri-amygdalien, dans la tuberculose du pharynx et du larynx, l'otalgie est le plus souvent modérée et ne constitue qu'un épi-phénomène ajouté aux autres symptômes ressentis par le malade.

Il n'en va plus ainsi dans certains cas de syphilis secondaire de l'isthme pharyngé et dans bien des cas de cancer de l'amygdale ou du larynx. On voit alors la douleur auriculaire s'exagérer, devenir particulièrement vive et distraire par son acuité l'attention du patient au point qu'il se croit uniquement atteint d'otite, et qu'il ne parle pas de la gêne comparativement insignifiante qu'il éprouve à la gorge, gêne à laquelle il n'attache aucune importance. J'ai vu des syphilitiques, atteints de syphilis secondaire du pharynx, à forme angineuse, être privés de sommeil par des élancements incessamment renouvelés dans les oreilles que ne parvenaient pas à calmer les analgésiques couramment usités contre les névralgies. J'ai vu surtout des cancéreux éprouver pendant des mois cette otalgie interminable que seul un traitement local pouvait atténuer un peu. L'épithélioma de cette région commence quelquefois de cette manière : c'est la variété otalgique du cancer de la gorge.

L'otalgie gutturale offre divers caractères qui permettent de la soupçonner avant même d'avoir examiné la cavité pharyngo-laryngienne. La plupart du temps, en effet, elle se développe à l'occasion d'un mouvement de déglutition qui la provoque et la réveille. Elle n'est en somme qu'une irradiation de la douleur dysphagique née au niveau d'une lésion de la gorge.

Le passage des aliments est sa cause occasionnelle principale ; elle n'est pas la seule néanmoins, la déglutition de la salive jouant également le même rôle. Dans ce dernier cas l'otalgie paraît fréquemment spontanée si on n'analyse pas minutieusement sa pathogénie. Chez un de mes malades, une douleur de l'oreille droite, des plus intenses, éclatait toutes les minutes environ et semblait se produire sans motif. Ce n'est qu'en questionnant le patient, en attirant son attention sur le mécanisme de la genèse de ses souffrances, que la relation du symptôme auriculaire et de l'affection laryngée devint évidente. On conçoit, dans ces conditions, combien un tel trouble est pénible : la déglutition ininterrompue d'une salive, elle-même augmentée comme abondance, finit par constituer un véritable supplice auquel le patient cherche à échapper par tous les moyens.

Le diagnostic de l'otalgie gutturale, simple dans certains cas, est d'autres fois assez complexe. Il se basera d'abord sur l'absence d'otite et de signe d'affection d'oreille. Il s'appuiera ensuite sur la relation directe de cause à effet qui existe entre l'otalgie et les mouvements de déglutition : c'est en avalant que le sujet éprouve ses élancements dans la caisse du tympan. Il s'établira enfin par la constatation de la lésion gutturale provocatrice. Celle-ci est facile à apprécier lorsqu'elle siège dans le pharynx buccal, mais elle l'est moins lorsqu'elle est localisée dans le pharynx laryngé ou le larynx, d'autant qu'il y a parfois, simultanément, de la contracture des mâchoires, un peu de trismus qui entrave l'application du miroir laryngoscopique. On peut hésiter en pareille circonstance, entre une otalgie d'origine dentaire et une otalgie pharyngienne. On examinera soigneusement l'état des dents, on explorera aussi complètement que possible les cavités pharyngo-laryngiennes. On n'oubliera pas que des douleurs d'oreille tenaces et inten-

ses sont souvent le seul indice d'un épithélioma guttural, ulcéré ou non.

Le traitement s'adressera principalement à la lésion en cause. Les douleurs auriculaires du phlegmon péri-amygdalien seront calmées immédiatement par l'évacuation de l'abcès, les douleurs de la syphilis secondaire par la médication spécifique. Les pilules de protoiodure d'hydrargyre, les injections mercurielles, amènent au bout de peu de jours une sédation complète des souffrances éprouvées par le patient.

S'il s'agit d'otalgie tuberculeuse ou cancéreuse, la thérapeutique ne saurait être, trop souvent, que palliative : elle permet cependant d'obtenir une atténuation momentanée des douleurs. Les badigeonnages avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/20 ou à 1/10 faits *loco dolenti* sont suivis d'un certain calme, malheureusement de courte durée. Les insufflations de poudres morphinées, cocaïnées, d'orthoforme, d'anesthésine, trouvcront également leurs indications. Je me suis bien trouvé de l'une des préparations suivantes, en gargarismes ou en inhalations, selon que la lésion est pharyngée ou laryngée :

Menthol	0 gr. 10
Teinture de coca	5 gr.
Glycérine	25 gr.
Infusion de feuilles de coca à 2 pour 100	460 gr.

ou (si le menthol est mal toléré)

Benzoate de soude	8 gr.
Glycérine	25 gr.
Infusion de feuilles de coca à 2 pour 100	475 gr.

Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

La dionine, remède spécifique de la toux.

« Calmer la toux a été de tout temps un des premiers objets de la médecine ; aujourd'hui encore, médecins et malades recherchent avec avidité les remèdes capables d'obtenir ce résultat ; et comme, à l'exception de l'opium, tous les médicaments sont infidèles, on en propose chaque jour de nouveaux bien vite oubliés le lendemain.

« Les études cliniques les plus récentes ont montré que la volonté, que la résistance au besoin de tousser, est un des meilleurs moyens de diminuer la toux ; elles ont fait reconnaître que souvent la toux est au début un acte volontaire, déterminé par le désir d'expulser un crachat, et que cet acte se répète ensuite sans nécessité, de même qu'un malade gratte une région jadis prurigineuse, mais qui a depuis longtemps cessé de l'être. Dans les sanatoria allemands pour les tuberculeux, on ne permet de tousser qu'à la condition de cracher : la toux diminue dès quelle est disciplinée.

« Ce moyen ne peut malheureusement s'appliquer à tous les cas, et bien souvent encore, il faut recourir à un remède béchique. » (Arnozan, *Précis de thérapeutique*, 1902.)

La discipline de la toux, en effet, ne peut s'exercer avec avantage que sur la toux nerveuse spasmodique. Elle ne saurait modifier sérieusement une toux symptomatique de lésions pulmonaires avancées. En outre, ce séduisant procédé réclame de la part de l'entourage une surveillance autoritaire qu'on ne trouve guère dans les familles, et il exige, chez le malade surtout, une volonté puissante et attentive, qualité si rare qu'il vaut mieux ne pas y compter. Nous avons si souvent tant de peine à faire exécuter nos simples prescriptions que nous ne serons plus écoutés du tout quand nous essayerons d'expliquer au malade qu'il est lui-même son propre médecin.

Il faudra donc calmer la toux directement, en faisant appel aux moyens thérapeutiques, et le plus souvent même, il nous faudra recourir à une puissante médication. Car la toux n'est pas le seul symptôme qui réclame notre secours. Les malades, fatigués par les efforts répétés qu'elle détermine, sont au bout de peu de temps dans un état de surexcitation nerveuse accrue encore par l'insomnie liée aux accès nocturnes. Ils souffrent de douleurs thoraciques violentes et souvent aussi de céphalalgie augmentée encore par les efforts de la toux et de la fatigue nerveuse.

Les fonctions digestives sont troublées. L'estomac, trop souvent comprimé par les contractions de la paroi musculaire abdominale et les contractions diaphragmatiques, soulevé parfois par des vomissements, comme il arrive dans les toux coqueluchoïdes, refuse toute nourriture solide. La fatigue nerveuse, l'insomnie, déterminent un affaiblissement de tout l'organisme dont les fonctions sont languissantes, et ces constatations assombrissent le pronostic.

C'est surtout dans ces cas graves que le médecin fera appel à une médication énergique. Elle consistera à calmer la toux, rappeler le sommeil, amender l'état nerveux et tonifier l'organisme.

« Pour apaiser ce symptôme (la toux) parfois si fatigant, dit Arnozan, aucun remède n'est comparable à l'opium..... Ce remède a une action si rapide et si manifeste qu'il entre dans la composition de presque toutes les préparations. » (*Précis de thérapeutique*, 1902.)

Mais l'opium, à côté de ses merveilleuses propriétés calmantes, présente des inconvénients qu'il ne faut pas oublier et qu'on retrouve avec la plupart de ses dérivés. Tout d'abord, l'opium et la morphine ont une fâcheuse influence sur l'estomac. Il n'est pas rare d'observer des vomissements à la suite d'une injection de morphine. La constipation est la règle. Elle est due à la diminution de la réaction intestinale, à l'affaiblissement et même la paralysie des mouvements péristaltiques. Elle diminue la plupart des sécrétions, celle de l'urine en particulier. Elle augmente au contraire les sueurs. Chez beaucoup de sujets, elle produit des démangeaisons, des érythèmes, de l'urticaire.

En provoquant le sommeil, l'opium congestionne le cerveau et peut déterminer au réveil de violentes douleurs névralgiques. L'accoutumance ne tarde pas à se produire et l'intoxication chronique s'installe avec ses dangers, ses certitudes de déchéance organique.

Voilà donc le tableau des propriétés physiologiques de l'opium et de la morphine. D'un côté, sédation parfaite de la toux, des souffrances, de l'insomnie ; de l'autre, une hypersécrétion sudorale, une hyposécrétion urinaire et intestinale,

des dangers d'intolérance, d'intoxication, des troubles gastriques ; médication dangereuse par conséquent puisque nous tenons toujours et avant tout à l'intégrité du tube digestif et du filtre rénal. Si donc les médecins se trouvent obligés de s'adresser à la morphine dans les cas de toux opiniâtre et rebelle, dans les cas d'insomnie et de douleurs thoraciques violentes, c'est qu'ils ont essayé d'abord et inutilement la codéine.

La codéine, en effet, est un bon sédatif de la toux, mais encore, faut-il qu'elle ne soit pas trop violente. Elle ne paraît pas à Berlioz analgésique, et, d'après Fronmüller, ne produirait qu'un très léger sommeil. Elle n'est donc guère utilisable dans les affections graves à symptômes fonctionnels très marqués. Mais elle a l'avantage sur la morphine de ne pas constiper et de ne pas produire de phénomènes toxiques.

Nous avons aujourd'hui un médicament dont l'action thérapeutique est analogue à celle de la morphine et qui n'en présente pas les défauts. Ce produit est la dionine.

« La dionine est le chlorhydrate d'une base représentée par la codéine, dans laquelle le radical méthyle serait remplacé par le radical éthyle : c'est le chlorhydrate d'éthylmorphine (Pouchet). Cette introduction de l'élément éthyle semble augmenter notablement la puissance soporifique du composé. et, en fait, la dionine est supérieure à la codéine ; c'est un bon hypnotique, calmant la toux, modérant la respiration, mais pouvant provoquer des congestions céphaliques. » (Arnozan, *loc. cit.*)

La dionine a été employée par un grand nombre d'expérimentateurs et ils s'en trouvent fort satisfaits.

Hügler (1) s'exprime ainsi : « Dans presque tous les cas de tuberculose, j'ai constaté au lit du malade les effets remarquables de la dionine. Tous *les malades ont demandé qu'on leur administrât de nouveau le remède auquel ils devaient un sommeil paisible et prolongé*. Sous son influence, la toux pénible, provoquant des douleurs thoraciques, disparaissait, la dyspnée cédait, l'expectoration devenait plus facile. C'est surtout la toux, ce symptôme si douloureux accompagnant la phtisie pulmonaire et laryngée, qui a été combattue efficacement par la dionine. »

Bornikoel emploie couramment la dionine (2). « Dans un grand nombre de cas, dit-il, la dionine a été employée dans le but de calmer l'irritation, c'est-à-dire notamment dans les maladies des organes respiratoires. Nous avons pu, dans les affections de ce genre, soit aiguës, soit chroniques (bronchite aiguë, pneumonie, tuberculose du larynx et des poumons) observer une diminution de l'excitation à la toux sans que l'expectoration en ait été rendue plus difficile. Nos observations concordent en cela avec celles de Körte, Sch r - der, Hügler. » Et plus loin il ajoute : « Le sommeil que provoque la dionine est un sommeil réparateur. »

Bloch emploie la dionine dans les affections respiratoires chez les enfants, il lui reconnaît une action supérieure dans la coqueluche. « Je considère ce dérivé de la morphine comme étant une acquisition précieuse pour la thérapeutique

(1) *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1889, n° 44.
(2) *Thérapie der Gegenwart*, avril 1900.

infantile, d'autant plus que j'ai trouvé en lui, dans plus de trente cas de coqueluche, un agent excellent et sûr pour faire diminuer le nombre des accès et en calmer l'intensité. D'après mes observations, la dionine, associée au sulfate de quinine, constitue le médicament le meilleur contre cette affection, son action est rapide et certaine » (1).

Nous ne citerons ici que quelques auteurs, mais Janisch, Hoff, Salzmann, Meltzer, ont publié aussi un grand nombre d'observations et des plus favorables. Le prof. Pouchet, qui a donné une étude complète de la dionine, a conclu par cette phrase : « la dionine est le remède spécifique de la toux ».

Nous voilà donc en possession d'un médicament tout à fait remarquable. Il calme parfaitement la toux, amène le sommeil, diminue les douleurs et atténue l'excitabilité nerveuse générale. Même à dose élevée, la dionine ne produit pas d'euphorie, et ne donne pas lieu à l'accoutumance. Elle ne constipe pas et n'a pas d'influence fâcheuse sur l'estomac. Bien au contraire, elle aurait une action sédative même sur les douleurs stomacales. Jamais elle ne produit de vomissements.

Le médecin est donc suffisamment armé contre le cortège symptomatique des affections pulmonaires. Et non seulement il pourra atténuer et faire disparaître d'aussi pénibles affections, mais encore il évitera au malade les conséquences dangereuses qu'elles déterminent. La toux, en effet, quand elle est trop violente et ses secousses trop prolongées, peut donner lieu à de nombreux accidents. « On connaît en effet l'augmentation de tension qu'elle détermine dans tout l'appareil veineux et les capillaires à un degré tel parfois qu'elle peut amener des ruptures vasculaires. De là des ecchymoses conjonctivales observées pendant les quintes de coqueluches, de là ces congestions des centres nerveux caractérisées par des étourdissements, des troubles de la vue et même des convulsions. Simultanément, la pression intra-abdominale est augmentée, devenant l'origine de hernies et de vomissements.

« Mais c'est surtout dans l'appareil respiratoire lui-même que les efforts de la toux peuvent donner lieu à des altérations graves ». (Hallopeau). Non seulement l'excessive tension vasculaire intra-pulmonaire congestionne davantage les alvéoles et les bronches et par conséquent aggrave les lésions origines de la toux, mais on observe encore des ruptures alvéolaires et l'élargissement du calibre bronchique d'où résultent les deux affections chroniques, l'emphysème et la bronchectasie. Parfois même on observe, sous l'influence des quintes renouvelées, des déchirures du parenchyme pulmonaire : un pneumothorax est constitué. » (*Bulletin médical*).

C'est donc à juste titre que la dionine, médicament sédatif de la toux, en s'opposant d'une manière puissante au développement de ces complications, à pu être appelée le remède de choix des affections pulmonaires.

Lorsque les douleurs thoraciques seront très vives, le médecin pourra obtenir un effet sédatif encore plus intense en associant à la dionine un autre médicament, l'eau de laurier-cerise par exemple. Grâce à l'acide cyanhydrique, dont elle

(1) Bloch, *Aerztliche Centralzeitung*, 1900, n[os] 21 et 22.

contient cinq centigrammes pour cent, l'eau de laurier-cerise possède de réelles vertus antispasmodiques. Elle diminuera donc l'irritabilité nerveuse générale et aura ainsi une action tonique manifeste, elle aidera la dionine en faisant disparaître les douleurs névralgiques malgré leur violence, et son action sur la toux névropathique, *sine materia*, ne sera pas sans effets.

Quand on voudra lutter avec certitude de succès contre une insomnie rebelle, on pourra associer encore à la dionine le bromoforme. Le bromoforme, en effet, possède un pouvoir hypnagogue véritable, en même temps qu'il est un puissant sédatif des toux quinteuses. Le sommeil sera très rapidement obtenu par cette association thérapeutique. C'est un sommeil réparateur, sans troubles, sans fatigue, en tout point comparable au sommeil naturel, et, si l'on admet avec Hepp que le bromoforme possède une action préventive contre les infections secondaires, il sera tout à fait indiqué de l'employer dans la coqueluche par exemple.

Le drosera lui-même, malgré « le dédain absolu dont on a si longtemps accablé ce médicament » (Arnozan), a sur la toux quinteuse et opiniâtre un effet sédatif marqué. Il sera aussi un bon remède contre la coqueluche. Barth, qui l'emploie dans cette affection, en parle de la façon suivante : « La coqueluche n'est ni avortée, ni jugulée ; elle suit son cours sans abréviation notable, mais elle est en quelque sorte dépouillée de tous ses symptômes pénibles ; les quintes perdent leur intensité, deviennent moins fréquentes (12 à 15 par jour, au lieu de 30 à 40). Les vomissements cessent entièrement et ce seul fait, en empêchant la détérioration de l'état général, contribue plus que tous les soins à écarter les complications thoraciques. » (Barth. *Thérapeutique des maladies des organes respiratoires*, p. 104.)

Mais si les traitements sédatifs de la toux et du système nerveux viennent en première ligne dans les affections respiratoires, il est important de ne pas négliger l'action décongestive sur l'organe enflammé. Dans ce but, l'aconit employé avec la dionine produit de très bons effets. L'aconit, si l'on en croit les médecins anglais, jouirait de propriétés diurétiques et antiphlogistiques certaines. Son action sur l'élément douleur n'est pas moins réelle d'ailleurs. Dans les phlegmasies respiratoires, cet agent décongestionnant sera un précieux auxiliaire de la dionine en diminuant l'inflammation, origine du réflexe de la toux.

Ces divers médicaments : dionine, eau de laurier-cerise, bromoforme, drosera, aconit, ont été réunis en une préparation unique dont le dosage rigoureux et la pureté chimique des composants sont une garantie précieuse de son efficacité. Le Sirop à la dionine du Dr Bousquet se présente en effet cliniquement comme le remède spécifique des affections pulmonaires.

Nous ordonnons cette préparation dans presque tous les cas de toux opiniâtre, accompagnée d'irritabilité nerveuse, de douleurs thoraciques et d'insomnie. Nos résultats sont tout à fait démonstratifs. Les malades sont rapidement calmés et le sommeil ne tarde pas à revenir. Cette action hypnotique est absolument certaine, nous l'attribuons à l'association de la dionine et du bromoforme et aussi à l'action antispasmodique de l'eau de laurier-cerise. Dès la 3e cuillerée de sirop, le sommeil apparaît, il dure 5 à 6 heures et recommence sous l'influence d'une nouvelle cuillerée. Nous avons vu des malades, secoués la nuit par de fréquents accès de toux, retrouver le calme et le sommeil dès la 2e cuillerée de la préparation à la dionine ; les névropathes eux-mêmes goûtaient un repos bienfaisant après avoir réclamé avec insistance une ordonnance à la morphine que la prudence nous conseillait de leur refuser.

La toux quinteuse de la coqueluche est très rapidement amendée et le nombre des quintes diminue des 3 quarts au bout de 4 à 5 jours de traitement. Nous évitons facilement les complications habituelles, l'ulcération du frein de la langue, les épistaxis, les vomissements.

Dans l'asthme, dans l'emphysème, dans les bronchites aiguës et chroniques, dans les laryngites, les pneumonies, les broncho-pneumonies, l'effet sédatif est constant. Les malades éprouvent un véritable bien-être. Après quelques jours de repos, l'état général est fort amélioré ; la nutrition se relève, les fonctions digestives sont normales. Les malades peuvent supporter facilement et sans crainte de vomissements une alimentation substantielle. La décongestion des points lésées, due à l'aconit et aux agents révulsifs, est désormais facile, elle n'est plus contrariée par la tension sanguine exagérée succédant aux accès de toux.

Dans la tuberculose, les résultats sont aussi fort appréciables. Le Sirop du Dr Bousquet ne fatigue pas l'estomac, il n'a aucune influence fâcheuse sur l'intestin, et son innocuité sur le filtre rénal en fait un médicament précieux.

Nous ordonnons habituellement deux cuillerées de sirop pour la journée, et nous préférons forcer les doses la nuit afin d'obtenir un effet hypnotique sans enrayer l'expectoration diurne. Vers 9 heures du soir nous faisons prendre la 3e cuillerée. A ce moment l'effet hypnagogue se fait déjà sentir et souvent le malade s'endort. S'il lui faut une 4e cuillerée, il la prend une demi-heure après la 3e, ou bien il la réserve pour le moment où un accès de toux le réveillera dans la nuit. Généralement, le sommeil succédant à chaque prise du médicament dure de 5 à 6 heures. Il suffit de deux doses pour provoquer le sommeil une très grande partie de la nuit.

Dr Baley.

SÉROTHÉRAPIE

Le sérum antityphoïde de M. Chantemesse.

La fièvre typhoïde est une maladie de tous les âges ; la mortalité, pour l'enfance, est estimée en moyenne à 12 0/0 ; elle s'élèverait à 50 0/0 chez les nourrissons.

La dernière communication de M. Chantemesse, au Congrès de Médecine de Paris, ne peut donc laisser les pédiatres indifférents.

Oui ou non, M. Chantemesse a-t-il découvert un sérum curateur de l'infection typhique, et ses affirmations réitérées, depuis 1897, doivent-elles entraîner la conviction ? La question est grave ; car, malgré toutes les mesures prophylactiques pour l'adduction, la filtration et la stérilisation des eaux, la fièvre typhoïde fait encore de nom-

breuses victimes. Le médecin qui aurait réussi à préparer un sérum antityphoïde, ayant la même efficacité que le sérum antidiphtérique, se placerait immédiatement à côté de Behring, comme homme de science, et, ce qui est plus, comme bienfaiteur de l'humanité. Telle est la prétention de M. Chantemesse, puisqu'il affirme depuis trois ans 1/2 qu'il a fait baisser la mortalité par fièvre typhoïde à 4 0/0 dans son service hospitalier du bastion 29, alors que la mortalité moyenne dans les hôpitaux d'adultes de Paris est de 18 0/0. Cet abaissement de la mortalité correspondrait donc aux trois quarts et plus de la mortalité actuelle, et ce résultat serait supérieur à ceux obtenus par Behring, puis plus tard, par Roux, pour la diphtérie, l'abaissement de la mortalité par le sérum antidiphtérique ne dépassant pas la moitié ou les deux tiers.

D'ailleurs, dans sa communication au Congrès reproduite par la *Presse Médicale* du 26 octobre 1904, et publiée dans un grand quotidien, le *Temps* du même jour. M. Chantemesse ne manque pas de constater l'écrasante supériorité de son traitement sur celui employé par ses collègues : il ne perd que 4 0/0 des malades confiés à ses soins, tandis que les autres en perdent 18 0/0 en moyenne dans les hôpitaux, et il ajoute : « *Sur cette différence, je me permettrai seulement une remarque :* si les 3.200 malades soignés pour la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris avaient fourni un chiffre de mortalité semblable à celui du bastion, nous aurions eu 120 ou 130 morts à déplorer au lieu de 580 ». Pour la mortalité par fièvre typhoïde dans l'armée, même réflexion : « Là encore, je songe que si la troupe avait donné un taux de mortalité semblable à celui des malades du bastion 29, pour cette seule année de 1902, 160 ou 180 soldats de plus auraient conservé la vie.

La conviction de M. Chantemesse dans l'efficacité de son sérum est donc entière, puisqu'il ne craint pas d'inférioriser ainsi les résultats obtenus par ses collègues des hôpitaux civils et militaires (1).

Quelles preuves l'auteur nous donne-t-il de son admirable découverte ? Il dit : « J'ai fait connaître à la Société de Biologie en 1897, au Congrès d'hygiène de Madrid, en 1898, le mode de préparation et les propriétés de cette toxine soluble, la méthode d'immunisation du cheval et d'obtention du sérum thérapeutique. Depuis cette époque, beaucoup de médecins peuvent préparer ce médicament comme je le fais moi-même : il suffit d'y consacrer le temps et la peine. »

Il y a donc, en effet, *sept ans*, que M. Chantemesse a annoncé sa découverte au monde savant ; mais si *beaucoup de médecins*, soit en France, soit à l'étranger, peuvent préparer ce médicament, pourquoi ne pas nous en citer un seul qui ait reproduit les expériences pour immuniser les chevaux avec la toxine typhoïdique ?

L'auteur du travail est un homme officiel, titré, etc., toutes les sociétés savantes se sont ouvertes devant lui pour communiquer ses recherches, il a eu les tribunes les plus retentissantes pour répandre ses idées dans le public scientifique : Comment expliquer alors qu'aucun travail de contrôle sérieux n'ait été produit, venant appuyer des assertions répétées depuis trois ans et demi, sur un sujet si grave qui intéresse les médecins du monde entier ?

C'est qu'il y a bien eu quelques travaux de contrôle ; mais ils n'ont pas été favorables à la méthode ; le regretté Duflocq et plusieurs médecins des hôpitaux de Paris, n'ayant pas obtenu de résultats satisfaisants du sérum typhoïde, ont renoncé à son emploi. L'essai fait à l'hôpital de la marine de Saint-Mandrier, à Toulon, a été également malheureux.

Pourquoi M. Chantemesse cache-t-il ces insuccès, puisqu'il n'en fait pas mention dans sa dernière communication au Congrès ?

Quand, après sept ans, une découverte de cette importance n'a pas fait sa preuve, il est bien à craindre que son auteur se berce d'illusions. Nous vivons à une époque où les relations scientifiques d'une ville à l'autre, dans le même pays, de nation à nation, sont extrêmement aisées ; il serait peu vraisemblable que la découverte de M. Chantemesse n'eût pas encore été vérifiée par d'autres expérimentateurs, si elle reposait sur une base solide.

La répugnance de M. Chantemesse à fournir son sérum, pour qu'on l'expérimente dans les hôpitaux de Paris, n'est pas de nature à inspirer une grande confiance au corps médical. A plusieurs reprises, ce remède nous a été refusé par lui pour être appliqué aux enfants de notre service, à l'hôpital des Enfants-Malades. Si le sérum antityphoïde est aussi efficace qu'on l'annonce au Congrès, c'est un acte d'inhumanité que de le refuser aux malades des hôpitaux, et M. Chantemesse n'a vraiment pas le droit de se prévaloir de l'abaissement de la mortalité au bastion 29, puisqu'il refuse de nous céder le remède qui lui aurait si bien réussi.

Il est vrai que l'application de ce nouveau remède serait fort difficile. Chose paradoxale : « Pour la fièvre typhoïde, plus le malade est atteint, et plus faibles doivent être les doses de sérum. Il y a donc, dans la sérumthérapie de la fièvre typhoïde, des indications et des contre-indications, comme on dit en médecine. Il est des circonstances (formes communes, cas pris au début), où il faut donner la dose ordinaire; il en est d'autres où il faut intervenir avec des quantités très minimes. C'est cette conviction fondée sur une déjà longue expérience, qui m'a empêché bien souvent de donner du sérum antityphoïde à des médecins qui m'en réclamaient sans avoir appris à s'en servir. »

Voilà des raisons bien spécieuses pour refuser aux médecins des hôpitaux un remède qui ferait baisser des trois quarts la mortalité de la fièvre typhoïde. Que M. Chantemesse fixe lui-même les règles pour employer son sérum ; il sait bien qu'elles seront suivies par les médecins qui ne demandent qu'à être utiles à leurs malades et à s'éclairer en même temps sur la valeur d'une médication nouvelle.

En somme, depuis 3 ans 1/2, M. Chantemesse est seul à proclamer qu'il a découvert le remède de la fièvre typhoïde ; aucun médecin, ni aucun expérimentateur qualifié, en France, ni à l'étranger, n'a appuyé ses affirmations réitérées. Qu'il le veuille ou non, il se trouve dans la situation de notre célèbre confrère Doyen, auquel on reprochait, avec une aigreur extrême, d'être seul à avoir expérimenté la valeur thérapeutique de son

(1) C'est sur 523 cas que l'auteur édifie toute sa statistique. Est-il en droit d'en tirer des conclusions ayant une portée aussi générale ?

sérum anti cancéreux. On a dit : *testis unus, testis nullus*. Cet axiome est aussi vrai pour le professeur officiel que pour le grand chirurgien ; le dernier, du moins. se soumet volontiers aux expériences de contrôle.

Si le sérum antityphoïde a les vertus curatives annoncées au Congrès, M. Chantemesse est inexcusable de ne pas en délivrer aux médecins, qui veulent en faire profiter leurs malades : car ce remède n'est pas toxique que nous sachions, et le pis qui puisse arriver est un insuccès.

Si, au contraire, ce qui est bien plus vraisemblable, l'inventeur de ce nouveau sérum s'est trompé (*errare humanum est*), qu'il cesse de répéter son erreur et de jeter le discrédit indirectement sur ses collègues, parce qu'ils n'ont pu vérifier dans leurs services les effets merveilleux du sérum qui n'ont été vus qu'au bastion 29.

G. V.

(*Clinique infantile.*)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Exercice illégal de la médecine par un pharmacien.

Tribunal de première instance d'Evreux.

... Attendu que B. est prévenu d'avoir à E., en 1903 et 1904, exercé illégalement la médecine, en prenant part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, sans être muni d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé;

Attendu qu'il est constant et établi par un état relevé chez B. des divers médicaments fournis à L. d'avril 1903 jusqu'au jour où B. a cessé de donner ses soins à L. et l'a renvoyé à un médecin, que B. s'est livré durant cette longue période à un véritable traitement, comprenant l'examen du malade et la prescription des médicaments qui pouvaient être appliqués à son genre de maladie ;

Qu'il y a bien là un traitement suivi dans des conditions illégales et que B. tombe sous l'application des articles 16 et 18 de la loi du 30 nov. 1892;

Attendu que le tribunal admet en faveur du prévenu des circonstances atténuantes ;

Par ces motifs, le Tribunal déclare B. coupable du délit qui lui est reproché,

Le condamne à 200 fr. d'amende.

N.B Ce jugement a été rendu le 7 sept. dernier, à E. La plainte avait été formée par L. l'ouvrier soigné par le pharmacien. Il n'y a pas eu appel.

REPORTAGE MEDICAL

Opinions sur l'alcool. — « J'ay maintefois éprouvé que des laitues ou d'autres herbes, estans arrousées d'eau-de-vie, croissent plus en un jour qu'elles ne font en huict par les voyes ordinaires. » (*Histoire Naturelle* de M. François Bacon. Paris, 1631, in-8°.)

« Le vin est si spiritueux que ce sont des esprits animaux presque tout formés, mais des esprits libertins, qui ne se soumettent pas volontiers aux ordres de la volonté, à cause de leur subtilité et de leur agitation excessive. » (Malebranche, *Recherche de la vérité*, I. II, 1e p. ch. II.)

« Tous les buveurs vivent et meurent avec des poumons rosés. — Tout poitrinaire qui veut se tuer par l'alcool se guérit. — Tout poitrinaire qui a trop tardé à boire est enterré. — Buvez du bon et vous serez savant. — Voulez-vous de la santé, du génie, du courage ? Descendez souvent à la cave. » (*Almanach de Jean Raisin pour* 1854, p. 115.)

Dans l'armée allemande. Les S. La Délation. — On raconte que les feuillets du personnel — feuilles de notes — sont munis d'une colonne spéciale réservée à l'inscription des « S ». Voici la chose :

Le public prétend que, sauf de très rares exceptions, les officiers ont un certain nombre d'S à leur actif, ou plutôt à leur passif, car cette initiale, en particulier quand elle est répétée, n'a pas une signification très flatteuse. Effectivement, elle est la première lettre des mots « Saufen » (boire beaucoup), « sehr » (énormément), « tark » (fort), « schnaps » (eau-de-vie), et « schlecht » (mauvais). On a donc imaginé une foule de combinaisons, dont voici les cinq principales. Quand un officier n'a qu'une S portée à son folio, cela veut dire qu'il boit plus qu'il ne devrait ; SS indique qu'il boit énormément (sauft stark) ; SSS dénote qu'il boit prodigieusement (sauft sehr stark) ; SSSS est une note déplorable, car elle signifie que le titulaire absorbe des quantités prodigieuses d'eau-de-vie (sauft sehr stark schnaps); enfin SSSSS entraîne l'exclusion de l'armée, celle-ci ne pouvant conserver dans ses rangs des gens qui boivent des quantités prodigieuses de mauvaise eau-de vie (sauft sehr stark schlechten schnaps). »

Petit Temps.

Faculté et Hôpitaux.

M. Le Gendre reprendra, le samedi 3 décembre, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Lariboisière, ses conférences de pratique médicale, thérapeutique et déontologie, et les continuera les samedis suivants.

— M. Maygrier, agrégé, commencera ses leçons de clinique obstétricale, à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Potain), le jeudi 8 décembre 1904, à 10 h. du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— M. Ernest Barié commencera, le mercredi 7 décembre prochain, à 10 h. ; à l'hôpital Laënnec, ses conférences de clinique et de thérapeutique sur les maladies du cœur et des vaisseaux et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

— M. Pierre Marie, agrégé, commencera un cours des maladies chroniques (maladies des vieillards, de la nutrition, du système nerveux) le mercredi 7 décembre 1904 à 6 h. (grand amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

—Des exercices pratiques de dissection et de médecine opératoire commenceront prochainement à l'Ecole pratique de la Faculté, sous la direction d'un prosecteur et d'aides d'anatomie.

Ces exercices seront la répétition de ceux faits dans les pavillons de dissection aux élèves de 1re et de 2e année pour la dissection, et de 3e année pour la médecine opératoire. Chaque série d'exercices durera un mois pour la dissection, trois semaines pour la médeine opératoire.

Le montant des droits à verser est de 50 francs.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté les lundis, mardis, jeudis et samedis (guichet n° 1) de midi à 2 h.

Les séries seront formées dès qu'il y aura un nombre suffisant d'élèves inscrits.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année — N° 50 — 10 DÉCEMBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY.

SOMMAIRE

VIIe ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SOU MÉDICAL

20 NOVEMBRE 1904

La séance est ouverte à six heures du soir, très notablement retardée par suite de l'intérêt des discussions qui s'étaient ouvertes aux Assemblées de l'Amicale et du Concours.

La salle est trop petite pour contenir tous les Sociétaires présents qu'attire le projet d'ouverture d'une branche nouvelle dans le programme du « Sou médical » : « *Protection contre la responsabilité civile du praticien.* »

Chacun se rend compte de l'heureux effet que devra produire sur le recrutement de la Société cette garantie si tangible que le Conseil propose de créer, après un referendum où ne furent enregistrées que des réponses favorables, et on se félicite, dans les couloirs, de pouvoir, grâce au procédé ingénieux imaginé par le Bureau, s'offrir cette sécurité pour la somme de 2 fr.

Autour de M. Maurat, président, prennent place : MM. Jeanne, vice-président, A. Gassot, trésorier, et H. Cézilly, trésorier-adjoint ; de Grissac, secrétaire-général, et L. Gassot, secrétaire adjoint, Me Gatineau, notre dévoué Conseil judiciaire, M. le Dr Huguenin, secrétaire de la séance.

Parmi les nombreux excusés, M. le Dr Butruille (de Roubaix), vice-président, qui, se trouvant trop souvent, dit-il, dans l'impossibilité de participer à l'activité remarquable du Bureau, estime qu'en renouvelant celui-ci, l'Assemblée ferait bien de rechercher quelqu'un de moins empêché que lui.

M. Maurat ouvre la séance par les paroles suivantes.

Allocution du Président :

Mes chers Confrères,

La vitalité des œuvres telles que le « Sou médical » ne se prouve que par un perpétuel mouvement vers l'amélioration de ses rouages, et le devoir de chacun de nous est de chercher à l'armer d'une façon de plus en plus forte dans la lutte de défense professionnelle que nous avons entreprise.

Votre Conseil n'a pas failli à ce devoir et vous apporte cette année des propositions qui, si elles sont, comme nous n'en doutons pas, acceptées par vous et sanctionnées par votre vote, doivent donner une force considérable à notre Société et lui amener un grand nombre d'adhérents nouveaux, car, plus nous serons forts, plus nos confrères comprendront la nécessité des groupements et les dangers d'un isolement funeste.

Sans plus long préambule, et pour ménager votre temps qui doit être consacré à la revision des statuts nécessitée par cette nouvelle organisation, je vous en ferai brièvement l'historique, connu déjà de ceux de nos confrères qui assistaient tout à l'heure à la séance du Concours médical, car elle offre ceci de particulier que, destinée à notre défense individuelle, elle a besoin de l'effort de tous pour réussir.

Notre profession médicale, depuis quelques années, se voit menacée d'un nouveau danger, contre lequel autrefois elle n'avait pas à se prémunir : des clients de plus en plus nombreux prétendent nous condamner à la réussite forcée à perpétuité, et nous rendre responsables de tout échec survenu dans le traitement médical ou chirurgical que nous avons institué.

Je sais bien que la plus grande partie de ces intransigeants ne sont en réalité, pour la plupart, que

de mauvais payeurs heureux de trouver un prétexte pour ne pas honorer leur médecin. Mais il se trouve des magistrats pour favoriser ces tendances, oubliant que la loi, qu'ils sont cependant chargés d'appliquer, ne nous reconnaît responsables qu'en cas de faute lourde ou de négligence coupable, choses rarement faciles à *établir* dans la pratique d'un art comme l'art médical.

Quoi qu'il en soit, le péril est là, et, depuis quelques années, nous avons été sollicités par des confrères de plus en plus nombreux d'organiser la protection contre ce danger. Longtemps nous avons hésité, pesant le pour et le contre, car de bons esprits prétendaient, non sans apparence de raison, que cette organisation n'était pas sans danger, et présentaient cette objection principale qu'il semble naturel de ne s'assurer que contre des risques qu'on accepte et reconnaît légitimes.

S'assurer, disaient les uns, c'est reconnaître la responsabilité que nous repoussons au contraire et prétendons n'encourir que dans des cas nettement déterminés par la loi. Prenez garde, disaient les autres, quand les magistrats connaîtront votre organisation, ils n'auront plus aucun remords et vous sabreront d'importance. Mais en réalité, nous nous trouvions toujours en présence de ce courant qui tendait à s'établir sans aucune digue et laissait nos confrères isolés, sans défense. Il fallait donc agir sans retard.

Comme je le disais tout à l'heure dans une autre assemblée, certaines compagnies d'assurances, trouvant là matière à contrats, firent des propositions à beaucoup d'entre nous, exagérant, il fallait s'y attendre, le chiffre du risque à couvrir ainsi que la prime à payer. D'autres compagnies, sollicitées par nous, consentirent bien à diminuer le premier de ces chiffres, mais non le second et nous fûmes obligés de nous rendre à l'évidence et de reconnaître que, seul de nos Sociétés déjà existantes, le « Sou », par sa forme syndicale, qui lui donne le droit de créer des caisses de défense professionnelle, pouvait remplir le but désiré qui correspondait du reste absolument à son programme.

De même, l'étude attentive de la question et l'exemple donné par une société similaire nous permirent d'établir qu'avec un sacrifice maximum de 4 fr. par an et par tête de sociétaire, le « Sou médical » pourrait garantir tous ses membres contre la responsabilité civile en raison des actes de leur profession jusqu'à concurrence d'une somme maximum de 2.000 francs.

Pour arriver à la constitution de cette somme de 4 fr. par tête, le conseil du « Sou » et les propriétaires du journal le *Concours médical* proposèrent d'en fournir chacun la moitié. Vous aurez donc à décider tout à l'heure si vous consentez à augmenter la cotisation annuelle de 2 fr. en la portant de 18 à 20 fr.

D'autre part, les propriétaires du Journal prirent, le 15 octobre dernier, la décision suivante : « *Le conseil décide que, pour aider à la création d'une Caisse destinée à couvrir la responsabilité civile des médecins membres du* « Sou médical », *il prélèvera chaque année sur le produit des annonces du journal, jusqu'à concurrence de 2 fr. par membre une somme destinée à parfaire les engagements pris par le* « Sou ».

Nous avons donc de la sorte la somme demandée de 4 fr. par tête, à notre avis largement suffisante pour couvrir les risques courus. Mais il faut compter avec l'imprévu et faire entrer en ligne de compte une mauvaise série, une série noire, qui pourrait se produire au début de notre fonctionnement et détruirait notre œuvre au berceau. Nous avons donc demandé à la Société civile du « Concours », qui est riche, de nous donner son aval de garantie pour une somme de 10.000 fr., c'est-à-dire de mettre à la disposition de la caisse de garantie du « Sou médical », à titre de prêt à 4 % l'an, les sommes nécessaires pour lui permettre de remplir ses engagements jusqu'à concurrence du chiffre fixé plus haut.

Tout à l'heure, dans sa séance d'assemblée générale, la Société civile du « Concours médical » a décidé de mettre à la disposition de la Caisse de garantie projetée une somme de 10.000 fr. qui lui sera prêtée *sans intérêt* au fur et à mesure des besoins possibles.

Nous avons donc largement préparé les voies et il ne vous restera plus, par la discussion des statuts, qu'à régler l'organisation définitive d'un nouveau droit acquis aux membres du « Sou médical ».

(*Applaudissements.*)

M. le Président. — Le principe de la création et l'indication des voies et moyens sont contenus dans l'article 13 du projet de statuts modifiés que vous avez sous les yeux. En le soumettant de suite à la discussion et au vote, nous saurons, du premier coup, si l'Assemblée générale est prête à nous suivre, et de sa décision va résulter la marche de nos travaux. (*Assentiment.*)

La parole est à M. le Dr Gairal.

M. le Dr Gairal. — Un de nos confrères m'a prié tout à l'heure de faire remarquer que des médecins de sa région hésitent devant l'augmentation de la cotisation, et ils demandent que la Caisse soit constituée sans ce supplément ou ne comporte que des adhésions facultatives.

Me Gatineau. — Le confrère dont parle M. Gairal m'a paru, dans la même conversation, redouter surtout que des défections se produisent sous ce prétexte dans la Société, et il m'a demandé nettement : « Ne peut-on pas créer la caisse sans le supplément ? » Nous lui devons réponse sur ces points.

M. le Dr Jeanne. — Messieurs, les réponses du referendum, malgré la précaution que nous avions prise de ne l'ouvrir qu'en nous constituant *l'avocat du diable* a fourni les résultats suivants que je résume :

Toutes étaient favorables ;

Toutes prévoyaient la nécessité d'un supplément de cotisation ;

Presque toutes disaient : « Faisons notre Caisse nous-mêmes », et plusieurs confrères nous ont indiqué des organisations analogues dans des professions voisines de la nôtre ;

Une seule a critiqué le relèvement de la cotisation, mais notre correspondant ignorait qu'il serait seulement de.... quarante sous (!) par an ;

Enfin, deux seulement nous ont menacés de démission, mais uniquement *pour le cas où nous ne créerions pas la caisse nouvelle.*

C'est devant ces résultats que votre Conseil s'est trouvé, il y a un mois, lors de la réunion préparatoire de cette Assemblée.

L'examen et le contrôle du budget, pratiqués ce même jour, ont démontré péremptoirement que le fonctionnement actuel, dont les dépenses sont incompressibles, ne laissait aucune ressource disponible pour la Caisse projetée.

Voilà notre réponse à la première question posée.

Nous avons alors envisagé le principe de l'adhésion facultative, et les plus optimistes ont reconnu qu'en l'adoptant, on courrait après une ombre. Pour tenir des engagements pris par une Caisse comme celle-ci, il faut : 1° le nombre imposant et certain des adhérents ; 2° des prévisions certaines de recettes. L'adhésion facultative ne nous fournissait aucun de ces éléments : elle fut écartée à l'unanimité après étude très approfondie.

C'est la deuxième réponse au confrère qui a fait parler M. Gairal.

Reste la crainte qu'il a fait exprimer par Me Gatineau, lequel, comme vous l'avez toujours remarqué, remplit si scrupuleusement son rôle de Conseil technique en nous forçant à étudier toutes les objections et en se faisant le porte-parole des absents ou des opposants. (*Très bien.*)

Eh bien ! Messieurs, permettez à celui qui dépouille toute la correspondance quotidienne de nos diverses Sociétés, de se porter garant que les vrais partisans de la solidarité active, c'est-à-dire les membres du « Sou médical », pensent comme tous ceux qui ont répondu au referendum, et qu'ils ne déserteront pas pour quarante sous. Il est même certain que la création nouvelle amènera à nous d'autres partisans de la prévoyance et de la sécurité. Est-il possible que, quand ils verront la Société du Journal pousser sa conviction jusqu'à fournir la moitié de l'appoint nécessaire au supplément de cotisation, ils marchandent eux-mêmes la contribution personnelle qui les met personnellement à l'abri ?

Non, Messieurs, redouter cela, ce serait méconnaître l'esprit de solidarité de nos camarades.

Votez donc, sans crainte, et pour tous, en Assemblée générale qui peut, parce que bien éclairée et sûre d'être suivie, user de sa souveraineté statutaire pour élever sur le roc une œuvre précieuse d'intérêt général. (*Très bien.*)

M. le Dr Guiberteau. — J'appuie de toutes mes forces ces observations et je suis convaincu que, grâce à cette création, la propagande en faveur du « Sou Médical » sera grandement facilitée dans nos campagnes. (*Parfaitement.*)

M. le président. — Quelques observations ont été faites au sujet du titre, du nom, à donner à cette caisse. Le Conseil reverra ce point secondaire, s'il y a lieu.

Puisque personne ne demande plus la parole sur l'article 13, c'est-à-dire sur la question de principe, je le mets aux voix.

(*Adopté à l'unanimité.*)

L'assemblée adopte ensuite le règlement intérieur qui s'appliquera au fonctionnement de la Caisse nouvelle.

Comme conséquence, après examen, article par article, et vote de l'ensemble, les statuts du « Sou médical » sont modifiés ainsi qu'il suit :

STATUTS DU SOU MÉDICAL.

I. — Association, son but, sa forme, son siège.

ART. 1er. — Sur l'initiative et sous le patronage de la Société civile du Concours Médical, il est fondé une Ligue de protection et de défense professionnelle entre les médecins qui adhéreront aux présents statuts.

Pourront aussi faire partie de la Ligue, les étudiants en médecine ayant déjà pris 16 inscriptions, les internes et les externes des hôpitaux.

ART. 2. — Le but de la Ligue est de fournir un appui à ceux de ses membres dont les droits ou les intérêts se trouveraient lésés ou menacés dans l'exercice de leur profession, et de les aider dans les diverses circonstances où leur isolement risquerait de les laisser succomber.

La Ligue procure à ses adhérents son influence, ses conseils, son appui moral et au besoin pécuniaire, dans toutes les difficultés dont la solution intéresse le corps médical tout entier, telles que les questions de jurisprudence médicale, de défense contre l'exercice illégal, les empiètements des collectivités, etc.

En outre, elle couvre chacun de ses adhérents contre les actions civiles en responsabilité qui pourraient lui être intentées pour des actes cliniques et thérapeutiques accomplis par lui, jusqu'à concurrence de la somme de 2.000 francs au maximum et ce, au moyen d'une caisse spéciale constituée à cet effet.

ART. 3. — La forme légale de la Ligue est la forme syndicale. — Sa durée est illimitée, de même que le nombre de ses membres.

ART. 4. — Son siège est à Paris, actuellement, 23, rue de Dunkerque.

II. — Adhérents. Admissions. Démissions. Exclusions.

ART. 5. — Tout médecin, ou tout étudiant, se trouvant dans les conditions prévues par le 2e § de l'article 1er, qui voudra faire partie de la Ligue devra :

1o Justifier qu'il appartient à une Association médicale régulièrement établie, ou, à défaut, se faire présenter par deux parrains, membres du « Sou Médical » ;

2o Envoyer un bulletin d'adhésion au Conseil d'Administration ;

3o Verser entre les mains du Trésorier ou de son représentant le montant de la cotisation.

ART. 6. — Le Conseil d'Administration, à chacune de ses séances, statue sur les admissions. Les noms des membres admis sont publiés dans le *Concours Médical.*

ART. 7. — Les admissions partent du 1er janvier et du 1er juillet de chaque année.

ART. 8. — Tout membre peut se retirer de la Ligue par simple lettre de démission adressée au Conseil d'Administration.

Le refus du versement de la cotisation implique la démission du sociétaire et sa renonciation aux avantages assurés par la Ligue.

ART. 9. — Les membres qui auront cessé de faire partie de la Ligue, pour les raisons prévues à l'article précédent, ne pourront être réadmis qu'après versement des cotisations arriérées.

ART. 10. — La Ligue se réserve le droit d'exclure ceux de ses membres qui sciemment lui porteraient préjudice.

L'exclusion est prononcée par le Conseil d'Administration, sauf appel devant l'Assemblée générale.

ART. 11. — Les membres démissionnaires, rayés ou exclus en vertu des articles 8 et 10, n'ont aucun droit aux sommes versées par eux à quelque titre que ce soit.

Ces sommes demeurent acquises à la Ligue.

III. — Fonds social. Cotisations.

ART. 12. — Le fonds social se compose du produit des cotisations, des dons et de toutes sommes généralement quelconques qui peuvent parvenir à la Ligue, de quelque source que ce soit.

ART. 13. — La cotisation annuelle exigible des membres de la Ligue est fixée à 20 francs, comprenant : 1o la somme de 18 francs calculée sur la contribution journalière de cinq centimes et affectée aux dépenses de défense professionnelle et d'administration ; 2o la somme de 2 francs affec-

★

tée spécialement à la Caisse de garantie prévue par l'article 2.

ART. 14. — Cette cotisation doit être adressée, en une seule fois, au Trésorier et lui parvenir, nette de tous frais, avant le 1er *mars* de chaque année.

A partir de cette date, le Trésorier fait recouvrer par la poste les cotisations en retard augmentées des frais de recouvrement fixés à un franc.

ART. 15. — La cotisation annuelle est exigible de tous les membres admis au cours du premier semestre de l'année.

Les membres admis au cours du second semestre versent une cotisation de 11 francs pour ce second semestre seulement dont 9 vont à la Caisse générale et 2 à la Caisse de garantie.

ART. 16. — L'administration du fonds social est confiée au Conseil d'administration qui décide de son emploi, d'après les règles tracées par les statuts ou les décisions de l'Asssemblée générale.

ART. 17. — Les fonds de la Ligue sont déposés en compte courant dans une caisse publique et n'en peuvent être retirés qu'au fur et à mesure des besoins, conformément aux décisions du Conseil d'administration.

ART. 18. — *La Ligue ne capitalise pas.* Elle dépense ses ressources au fur et à mesure des besoins de ses membres : les reliquats annuels, s'il en existe, sont reportés aux exercices suivants.

IV. — Administration. Contrôle.

ART. 19. — La Ligue est administrée par un Conseil d'administration composé de neuf membres, savoir : un président, deux vice-présidents, un secrétaire général, un secrétaire adjoint, un trésorier, un trésorier adjoint et deux syndics.

ART. 20. — Les membres de ce Conseil sont élus par l'Assemblée générale au scrutin secret et à la majorité absolue des votants pour une durée de cinq années. Ils sont rééligibles.

ART. 21. — Le Conseil d'administration prononce les admissions, les radiations et les exclusions ; il statue sur les demandes des adhérents qui réclament le concours de la Ligue ; il décide s'il y a lieu de leur accorder l'appui pécuniaire et dans quelle proportion cet appui sera donné.

Les décisions sont prises à la majorité des voix, celle du Président étant prépondérante en cas de partage.

ART. 22. — Deux membres élus chaque année, en Assemblée Générale, sont chargés de contrôler les opérations de la Ligue. Ils adressent à l'Assemblée Générale suivante leur rapport sur la gestion du Conseil d'Administration. Ils peuvent, à toute époque de l'année, se faire présenter les procès-verbaux des réunions du Conseil, ainsi que les registres de la comptabilité.

ART. 23. — La Ligue est représentée, dans chaque Département, par des *correspondants* spéciaux désignés par le Conseil d'Administration au fur et à mesure des besoins. Les *correspondants* ont pour mission de recevoir les adhésions à la Ligue, de recueillir les cotisations, d'adresser au Conseil d'Administration tous les renseignements qui peuvent lui être nécessaires, d'assurer en un mot par leur action locale le bon fonctionnement de la Ligue.

V. — Assemblée Générale.

ART. 24. — Chaque année les membres de la Ligue sont, par les soins du Conseil d'Administration, convoqués en Assemblée Générale pour approuver les opérations de la Société et la gestion du Conseil d'Administration, pour délibérer enfin sur les questions qui leur seront soumises par le Conseil.

ART. 25. — L'Assemblée Générale statue souverainement quel que soit le nombre des membres qui la composent. Nul n'a le droit de se faire représenter à l'Assemblée Générale. Les votes par correspondance ne sont pas admis.

ART. 26. — Le compte rendu des séances de l'Assemblée Générale est dressé par les soins du Conseil d'Administration et publié au journal le *Concours médical*.... Un exemplaire est envoyé à chacun des membres de la Ligue.

ART. 27. — Toute motion qui devra être tranchée par un vote en Assemblée Générale doit avoir été préalablement soumise au Conseil d'Administration pour permettre à celui-ci de l'étudier.

Dispositions générales. Modifications aux Statuts. Dissolution.

ART. 28. — Des règlements intérieurs délibérés en Assemblée Générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions de la mise en pratique des présents statuts.

ART. 29. — Les modifications aux présents statuts doivent être proposées par le Conseil d'Administration et votées par l'Assemblée générale.

Le procès-verbal de convocation doit faire mention du projet de modifications.

ART. 30. — La dissolution de la Ligue ne peut être prononcée que par une Assemblée Générale spécialement convoquée à cet effet, et à la majorité des trois quarts des membres présents.

L'Assemblée générale qui prononcera la dissolution déterminera les conditions de la liquidation du fonds social.

Les statuts que nous publions aujourd'hui seront reproduits dans une brochure spéciale avec les règlements intérieurs qu'ils prévoient, les rapports de l'Assemblée générale et la liste des membres. Cette brochure sera envoyée à tous les Sociétaires vers la fin de décembre : elle sera tenue à la disposition des non sociétaires qui en feront la demande.

Comptes et budget.

M. le Président. — Au numéro 46 du journal vous avez lu les comptes présentés par notre trésorier et examinés par nos contrôleurs, à la réunion préparatoire d'octobre. Je les soumets à votre approbation.

(*Les comptes sont approuvés.*)

Il va vous être donné connaissance du mouvement financier pour l'année actuelle.

Comptes provisoires de l'année 1904.

M. le Dr GASSOT. — Voici notre situation au 10 novembre 1904.

A cette date, le «Sou médical» compte 899 membres ayant régulièrement versé leur cotisation. Evidemment notre nombre ne s'accroît pas en raison des services rendus par notre ligue.

Recettes.

Nos recettes se sont élevées à 16.267 fr. 10, savoir :

Cotisations	14.453 fr. 50
Intérêts	189 » 05
Recouvrements	2 » 85
Divers	1 » 50
Dons	30 » »»
Remboursement d'avances	1.440 » 20
Remboursement de prêts	150 » »»
Total	16.267 » 10

Dépenses.

Nos dépenses, par contre, ont atteint le chiffre de : 12.589 fr. 45, savoir :

Matériel	77 fr. 25	
Impressions	275 » »»	
Poste et transports divers	400 » 35	
Timbres quittances	63 » 40	
Recouvrements et rappels	250 » 25	
Frais de bureau du trésorier	150 » »»	
Frais de bureau du secrétaire général	150 » »»	
Frais de trésorerie	1 » 50	
Divers	281 » 65	1.649 fr. 40
Indemnité au président et au secrétaire général		3.400 » »»
Indemnités aux associés		7.540 » 05
Total		12.589 » 45

Sous la rubrique *Divers* figurent, outre les dépenses habituelles que vous connaissez, des frais de propagande près du groupe des médecins parlementaires.

Balance des Comptes.

Si au total des recettes de 1904		16.267 fr. 10
on ajoute les espèces à la Société Générale au 31 décembre 1903	3.214 fr. 80	
et les espèces en caisse à la même date	376 » 17	3.590 » 97
on trouve		19.858 » 07
Et si l'on retranche les dépenses de l'année		12.589 » 45
on trouve un excédent de		7.268 » 62
Représenté par :		
Espèces à la Société générale		6.902 fr. 35
Espèces en caisse		366 » 27
Total égal		7.268 » 62

Avoir au 10 novembre 1904.

Le « Sou médical » possède au 10 novembre 1904 :

Portefeuille constituant la réserve de liquidation : 15 obligations P. L. M. 2,5 %		6.207 fr. 75
Espèces :		
A la Société générale	6.902 fr. 35	
En caisse	366 » 27	7.268 fr. 62
		13.476 fr. 37
Créance sur un secrétaire.		500 » »»
Total		13.976 » 37

Vous voyez, chers confrères, que nous sommes toujours dans une bonne situation, mais vous devrez constater aussi que notre gestion doit rester très prudente si nous voulons être toujours en état de faire face à nos engagements. (*Approbation.*)

M. le président. — Au même numéro 46 du journal, vous avez lu le rapport annuel de notre si dévoué secrétaire général. Aucune question ne nous a été posée à ce sujet qui puisse recevoir solution utile aujourd'hui : mais nombre de confrères ont témoigné par lettre de leur admiration pour l'œuvre accomplie et de leur reconnaissance pour la peine prise par le bureau. Au nom de celui-ci, qui est soumis au renouvellement, je tiens à reporter la plus grande part des éloges sur nos collaborateurs les plus actifs et je remercie tout particulièrement notre secrétaire général, notre conseil judiciaire et notre trésorier, dont nous seuls connaissons bien le dur labeur et l'infatigable dévouement. (*Applaudissements.*)

Renouvellement du Bureau.

M. le Président. — Nous avons prié quelques membres de cette assemblée de préparer, pendant les discussions, la liste des noms à vous soumettre pour constituer votre nouveau Conseil. Je vous présente cette liste.

Président : M. le Dr Maurat ;

Vice-présidents : M. le Dr Jeanne, M. le Dr Vimont ;

Secrétaire général : M. le Dr de Grissac ;

Secrétaire-adjoint : M. le Dr Louis Gassot ;

Trésorier : M. le Dr Gassot ;

Trésorier-ajoint : M. le Dr H. Cézilly ;

Syndics : M. le Dr Diverneresse, M. le Dr Bellencontre ;

Contrôleurs : M. le Dr Katz (de Pontoise), M. le Dr Le Menant des Chesnays (de Paris).

Ce que l'on vous propose là, Messieurs, c'est la réélection de tout l'ancien bureau, le nom de M. le Dr Butruille, qui nous a dit ses regrets d'être souvent retenu loin du Conseil, se trouvant remplacé par celui de M. le Dr Vimont (de Paris). Celui-ci a été le créateur, dans le Syndicat de la Seine, d'une œuvre analogue à celle que vous venez d'adopter ; à défaut d'autres titres, qui ne lui manquent pas d'ailleurs, celui-là suffisait pour le désigner à vos suffrages. (*Très bien.*)

On me demande, vu l'heure avancée, de faire procéder au vote à mains levées s'il n'y a pas d'opposition.

(*A l'unanimité, la liste ci-dessus est adoptée par acclamation.*)

M. le président. — Tous nos remerciements, chers confrères, pour ce nouveau témoignage de confiance. Et maintenant, levons la séance pour nous rendre à la salle du banquet où nous nous sommes fait bien attendre.

Le secrétaire adjoint, Dr Louis Gassot.

Le secrétaire général, Dr De Grissac.

LA SEMAINE MÉDICALE

Obstruction nasale et incontinence d'urine.

L'influence des végétations adénoïdes sur le développement physique et intellectuel des enfants et des adolescents est établie aujourd'hui d'une manière à peu près incontestée.

M. le Dr Etiévant, de Lyon, attribue même à la présence de ces végétations un accident qui paraît, au premier abord, bien en dehors de cette influence, l'incontinence d'urine, et il cite plusieurs observations d'enfants ayant concomitamment de l'obstruction nasale et de l'incontinence d'urine : d'où il conclut que ce ne sont pas les végétations adénoïdes, mais toutes les causes d'obstruction nasale et de mauvaise pénétration de l'air oxygéné dans les alvéoles pulmonaires, qui déterminent l'accident de l'incontinence urinaire.

La théorie de la gêne respiratoire est aujourd'hui plus séduisante que celle de la névrose réflexe, car il est bien démontré actuellement que l'air inspiré doit passer par les fosses nasales et que la respiration buccale ne doit intervenir qu'à titre de suppléance ; il y a donc certainement dans tous les cas d'obstruction nasale une oxygénation incomplète du sang ; quel est son mode d'action sur le système nerveux ? C'est ce qu'il faut chercher. C'est là l'inconnu ; mais ce n'est pas pour cela qu'il faut repousser cette théorie, car la même objection pourra être faite à celle de la névrose réflexe qui ne peut être établie sans la détermination du point d'hyperesthésie d'où part le réflexe.

« Nous ajouterons, dit M. Etiévant, qu'outre les altérations locales, une prédisposition spéciale ou une excitabilité anormale du système nerveux favorise très probablement l'apparition de l'incontinence ; cette notion a une certaine importance, car elle nous fait comprendre pourquoi tous les enfants porteurs d'une obstruction nasale marquée ne sont pas des incontinents, et aussi pourquoi l'intensité, pour ainsi dire, de l'incontinence, n'est pas toujours proportionnée à la lésion locale originelle.

D'autre part, nous avions cru remarquer que la proportion des adénoïdiens incontinents variait suivant la classe à laquelle ils appartiennent, et que l'infériorité sociale, agissant probablement comme cause de misère physiologique, était un important facteur étiologique ; nous avons dû, depuis, abandonner cette idée.

Peu importe, d'ailleurs, la pathogénie, les faits sont là, et c'est, en somme, surtout sur la fréquence de ce symptôme chez les obstrués que nous avons voulu attirer l'attention.

Les quelques cas que nous avons cités montrent que l'incontinence n'est pas spéciale aux végétations adénoïdes : elle peut être provoquée par toutes les sténoses nasales, temporaires ou permanentes (végétations, hypertrophie, queues de cornets, déviation de la cloison, tamponnement). De là à généraliser, et à expliquer par une tuméfaction nocturne excessive du tissu érectile qui se trouve en quelques points au-dessous de la muqueuse nasale, tous les cas d'incontinence nocturne, alors qu'ils sont sans relation apparente avec une lésion du nez ; bref, de là à faire de toutes les énurèses des incontinences d'origine nasale, il n'y a qu'un pas ; nous ne le franchirons pas, convaincu que ce que nous avons dit ne s'applique qu'à un nombre de cas relativement restreint, si on considère la fréquence de l'incontinence nocturne chez les enfants. A notre avis, ceux-là guériront de leur incontinence par le traitement de leur obstruction. Deux ou trois cas restés sans résultat n'ébranlent pas notre conviction et nous concluons que, chez les enfants atteints d'incontinence nocturne d'urine et en même temps d'insuffisance de la respiration nasale, il convient d'appliquer sans hésiter un traitement qui rende aux fosses nasales leur fonction principale, c'est-à-dire leur fonction respiratoire (adénotomie, amygdalotomie, redressement de la cloison, etc.), et tandis que certains symptômes dus à l'obstruction (surdité, aprosexie) ne s'amélioreront que lentement, on sera souvent agréablement surpris de voir l'incontinence d'urine disparaître radicalement du jour au lendemain, chez des enfants traités en vain par la médecine traditionnelle. Telle est la conclusion pratique à retenir.

Le panaris sous-unguéal.

Voici quel est, actuellement, le traitement que l'on conseille d'appliquer au panaris sous-unguéal. Au début, on peut essayer des moyens abortifs : pansements humides, manuluves très chauds. A cette période aussi, une petite incision au point infecté est souvent suffisante pour arrêter l'évolution du panaris.

Quand le panaris sous-unguéal est déclaré, deux moyens sont en présence : l'incision profonde, jusqu'au foyer sous-unguéal, et l'arrachement de l'ongle. Cette dernière méthode paraît être la meilleure. On pratique, de la manière suivante, cette petite intervention :

1° Antisepsie des mains du chirurgien et du champ opératoire.

2° Anesthésie à la cocaïne. Le malade doit avoir mangé au préalable, puis on le couche et on fait, avec une solution de cocaïne à 1 p. 100, l'injection « traçante » de Reclus. 3 ou 4 centimètres cubes au plus suffisent lorsque l'inflammation est peu étendue ; la distension causée par la piqûre est extrêmement pénible, et l'anesthésie souvent défectueuse. Puis on attend quatre à cinq minutes.

3° Opération.

Les instruments nécessaires sont : une paire de ciseaux droits, forts, un bistouri, qui n'est cependant pas indispensable, une ou deux pinces à forcipressure, un stylet, une petite cisaille.

Introduire à plat, une lame du ciseau sous l'ongle ; l'enfoncer jusqu'à la matrice, la redresser et sectionner l'ongle sur la ligne médiane dans toute sa hauteur.

Avec une pince hémostatique, saisir alors l'une des moitiés dans toute sa longueur et l'arracher par un mouvement de torsion. Agir de même pour l'autre moitié.

4° Lavage et pansement humide à renouveler chaque jour, puis pansement sec.

Dans les cas compliqués et pour les panaris négligés, l'exploration au stylet pratiquée après l'ablation de l'ongle peut mener sur la phalangette nécrosée. On la réséquera à la cisaille ou au davier coupant.

A cette méthode opératoire on a reproché la gêne fonctionnelle assez marquée qu'elle laisse tant que l'ongle n'est pas repoussé. Une pareille objection tombe devant les faits, car en temps ordinaire les malades reprennent tous leurs occupations au bout de trois à six jours.

Quant à l'état du malade après cette petite intervention, il est immédiatement aussi satisfaisant que possible.

L'eau oxygénée a quelques inconvénients en otologie.

M. le Dr P. Bruder a fait, à la Société médicale du XVIe arrondissement, une communication sur certains inconvénients de l'eau oxygénée en otologie, qu'il est bon de bien connaître

1° *Accidents causés par l'eau oxygénée de mauvaise qualité.* — Il existe dans le commerce trois sortes d'eau oxygénée : l'eau oxygénée médicale, l'eau oxygénée chirurgicale et l'eau oxygénée industrielle.

Les deux premières, qui sont très légèremen

acides, doivent seules être employées en otologie.

L'eau oxygénée industrielle renferme au contraire une assez grande quantité d'acide chlorydrique ou sulfurique destinée à assurer sa stabilité.

Cette eau oxygénée de mauvaise qualité provoque de l'otite externe diffuse, lorsqu'on l'emploie sous forme de bains d'oreille dans le traitement des otites moyennes suppurées, aiguës ou chroniques.

L'otite externe diffuse se caractérise par de véritables brûlures du conduit et de la conque.

Le conduit est atrésié, ses parois sont rouges et œdématiées, et l'épiderme qui desquame devient le siège d'une sécrétion séro-purulente. Le pavillon, également rouge, est couvert de vésicules à contenu purulent.

Ces vésicules se rompent et laissent à leur place des érosions constituant autant de portes d'entrée à l'infection secondaire de la lymphangite rétro-auriculaire et à l'adénite.

2° *Accidents causés par l'eau oxygénée de bonne qualité.* Ces accidents sont dus à la grande diffusibilité de l'eau oxygénée. Ils s'observent :

a) *Au cours des otorrhées avec cholestéatome.* — Sous l'action de l'eau oxygénée, les cellules épithéliales du cholestéatome gonflent et la masse de la tumeur se distend, d'où accidents douloureux de rétention, fièvre et symptômes cérébraux tels que céphalée, parfois intense, et vertige.

b) *Dans les opérations sur la mastoïde.* — Lorsqu'il existe une phlébite du sinus latéral avec sphacèle de la paroi interne et abcès extra-dural, des accidents terminés par la mort peuvent survenir un certain temps après l'opération (8 à 10 jours), alors qu'il n'existait aucune autre complication. A l'autopsie, plaque de méningite dans la loge cérébelleuse développée à la faveur de déhiscences de la dure-mère qui ont livré passage à des bulles d'eau oxygénée chargée de particules septiques.

c) *Au cours des pansements d'oreille.* — Quand l'eau oxygénée est administrée sous forme de bains d'oreille, l'usage prolongé peut déterminer un léger état de macération de l'épiderme du conduit auditif.

Conclusions. — 1° Se servir exclusivement d'eau oxygénée de bonne qualité et pour cela avoir soin de prescrire toujours : eau oxygénée médicale ou chirurgicale.

2° Dans le traitement des otites moyennes aiguës et chroniques, afin d'éviter la macération du conduit et les brûlures, instiller quelques gouttes d'huile de vaseline à l'orifice du conduit avant de verser l'eau oxygénée.

3° Si les accidents sont constitués, suspendre l'emploi de l'eau oxygénée et panser le conduit et le pavillon à l'huile de vaseline stérilisée.

4° Lorsqu'il s'agit de cholestéatome, être très réservé dans l'usage d'eau oxygénée et plus encore dans les opérations par le mastoïde avec phlébite du tissu et abcès extra-dural.

5° Tout bien considéré, ces quelques inconvénients de l'eau oxygénée ne peuvent être mis en balance avec ses immenses avantages.

Rappelons, à ce propos, que l'eau oxygénée dite médicinale doit offrir, au tournesol, une réaction absolument neutre ; cette eau renferme dix volumes d'oxygène, mais elle est peu stable ; l'eau oxygénée chirurgicale est un peu plus chargée de gaz (12 volumes) ; l'addition d'un peu d'acide borique la rend plus stable ; l'eau oxygénée du commerce renferme jusqu'à 50 volumes de gaz ; elle est très acide.

Le collargol comme topique utérin.

Notre récent résumé de la question de l'emploi de l'iode comme topique utérin nous a valu une communication très intéressante de M. le Dr Hoummel, de Remiremont, sur l'efficacité remarquable du collargol, également, comme topique utérin.

« Dernièrement, dit-il, j'étais appelé à donner mes soins à une jeune femme de 24 ans, accouchée depuis huit jours. Pour lutter contre les phénomènes infectieux locaux et déjà généralisés à l'économie entière, j'essayai le traitement habituel, auquel je procédai moi-même : injections vaginales antiseptiques répétées matin et soir, suivies d'injections intra-utérines au permanganate de potasse. Je terminai chaque fois par une injection de teinture d'iode ordinaire et le badigeonnage de la cavité utérine (14 centimètres à l'hystéromètre) au moyen d'une mèche de gaze iodoformée imbibée, que je laissais en place quelques minutes. Malgré ce traitement assez énergique, le thermomètre qui, pendant les cinq premiers jours du traitement, oscillait entre 38° et 39° accusa, sans rime ni raison 40°; et cela pendant deux jours. Je redoublai de soins et prescrivis en plus un peu d'ergotine à l'intérieur pour favoriser l'involution utérine. Rien n'y fit, la fièvre persista malgré la quinine. C'est alors qu'en désespoir de cause, bien que je n'aie vu nulle part, dans mes périodiques, le procédé signalé, je me décidai à employer le collargol, en application locale. Je fis à ma malade, dans l'utérus, une injection de 4 centimètres cubes d'une solution de collargol à 1/100, celle que j'emploie avec succès dans certains cas en injection intra-veineuse. J'obturai l'orifice utérin ou plutôt le canal cervical au moyen d'un tampon de gaze iodoformée, pour être certain que tout mon collargol soit résorbé. Le lendemain matin, c'est-à-dire douze heures après l'injection, la température était de 37° et ne remonta plus. La malade, huit jours après, pouvait se lever.

Voilà donc, mon cher confrère, un cas où l'iode, et l'eau oxygénée, que j'oubliais de signaler, ont parfaitement échoué et où le collargol a été tout simplement merveilleux.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Professeur Hayem.

L'anémie pernicieuse progressive.

Les anémies graves de l'adulte ne sont pas extrêmement rares. Elles frappent plus particulièrement les femmes enceintes et, dans notre crèche, nous avons l'occasion d'en observer quelques cas de temps à autre. Ainsi, pendant les vacances, une jeune femme fut admise dans le service, avec le diagnostic d'anémie puerpérale, et a succombé. Actuellement encore, une malade est hospitalisée salle Vulpian pour la même affection :

à son propos, je vais vous entretenir de cet intéressant sujet.

Notre malade est entrée le 31 octobre dernier. Elle est âgée de 32 ans. Du côté de son hérédité, nous trouvons peu de chose : ses grands-parents ont vécu jusqu'à un âge avancé ; son père est mort à 78 ans d'accidents thoraciques qualifiés d'asthme. Ses antécédents personnels sont également sans grande importance.

A 14 ans, elle apprend la profession de blanchisseuse, profession qu'elle abandonne bientôt pour celle de domestique. Elle se fatigue beaucoup, tombe assez sérieusement malade et présente alors des symptômes de chlorose, avec suspension des règles. Etant seule, elle se rend chez des parents, à la campagne, se repose, vit au grand air et se remet complètement. Elle revient ensuite à Paris, se marie, et commence une dure existence, obligée de faire des ménages tout en se nourrissant mal.

Après une première fausse couche de trois mois, elle eut successivement trois enfants, un par an ; le dernier est né le 11 septembre. Les péripéties de cette grossesse sont dignes de remarque. Il se produisit, d'abord, une perte sanguine qui mit la patiente dans un état d'anémie intense.

L'accouchement eut lieu, malgré cela, à terme, et fut suivi de suintements hémorrhagiques qui durèrent 15 jours. C'est dans ces conditions que la malade, pâle, à bout de forces, se plaignant d'anorexie, de diarrhée, de bourdonnements d'oreille, de tendance aux syncopes, fut conduite à l'hôpital.

On notait une fièvre légère oscillant entre 37° et 38°. Le 10 novembre, sans motif apparent, la température atteignit 39°. Les jours suivants, l'hyperthermie s'amenda, pour finalement disparaître.

L'épreuve hématologique, faite à plusieurs reprises, le 31 octobre, le 11 novembre, le 23 novembre, a montré chaque fois le même chiffre (1 million environ) de globules rouges, au lieu de la normale, 4 millions et demi. Toutefois, dans les derniers jours, le nombre des hématoblastes avait augmenté visiblement.

Si nous examinons la malade actuellement, nous constatons, d'une façon évidente, une décoloration de tous les tissus, peau, lèvres, gencives, muqueuse buccale et conjonctive. La patiente a eu de la diarrhée, symptôme assez commun dans les grandes anémies ; elle n'offre d'autre part, aucun signe d'infection utérine.

Le palper abdominal indique une ptose hépatique, le foie débordant de 4 travers de doigt les fausses côtes.

Le pouls est petit, sans être très fréquent ; il y a une moyenne de 100 pulsations à la minute. Le cœur n'est pas volumineux. On entend à la pointe un souffle qui s'atténue dans la position assise et présente tous les caractères des bruits extra-cardiaques. Le frémissement de la jugulaire est difficile à sentir.

Bien que, comme je l'ai indiqué, le nombre des hématies soit resté à peu près le même depuis l'entrée de la malade, celle-ci, néanmoins, se sent plus forte et mieux. Il est probable qu'il y a eu augmentation de la masse du sang et que la réparation, dans cette première période de la cure, a consisté à remplir le système vasculaire.

Le diagnostic anatomique de ce cas est simple. Il s'agit d'une anémie du 4e degré, accompagnée d'état fébrile, ce qui est d'ailleurs la règle en pareille circonstance. J'ajouterai : anémie sans lésion viscérale, les phénomènes cardiaques observés se rattachant à l'état du sang, et l'hypertrophie hépatique relevant sans doute d'une légère infection, elle-même liée à la diarrhée.

Il faut aller plus avant dans ce diagnostic et nous devons nous demander si nous ne sommes pas en face d'un cas d'anémie pernicieuse progressive. Les anémies intenses de l'adulte soulèvent toujours ce problème. Sans faire l'histoire de cette affection, je vais simplement, aujourd'hui, jeter un coup d'œil sur son état actuel.

C'est en 1868 que le nom d'« anémie pernicieuse progressive » fut proposé pour désigner, non une maladie nouvelle, mais plutôt un syndrome clinique.

La question fut reprise en 1877 par Eichhort, qui divisa les anémies en deux catégories. Dans l'une, il range les formes essentielles, survenant sans causes connues, et, dans l'autre, les formes secondaires, les plus nombreuses.

Cette distinction n'a pas été admise par les auteurs et, depuis cette époque, on a continué à associer les anémies de tous les types. Le terme d'anémie pernicieuse est devenu alors synonyme d'anémie du 4e degré.

Je crois avoir été le premier médecin français qui se soit occupé de ce sujet. J'ai divisé les cas cliniques en trois groupes : 1° les anémies dues aux maladies des globules rouges ; 2° les anémies dues à des causes manifestes, à la mauvaise hygiène ; 3° les anémies spontanées dues à des causes insignifiantes.

Le premier groupe comprend : les anémies par hémorrhagies répétées ; l'anémie cancéreuse, que la tumeur maligne comporte ou non un processus hémorrhagique ; les anémies chlorotique et tuberculeuse. Ici, le plus souvent, l'anémie ne dépasse pas le 3e degré et n'atteint qu'exceptionnellement, ou à la période ultime, le 4e degré.

A ces causes, qui rentrent dans la pratique courante, il convient d'en ajouter d'autres, infiniment plus rares dans nos services hospitaliers parisiens. Voici leur liste : la pseudo-leucémie, c'est-à dire la lymphomatose sans leucémie, l'ankylostome duodénal, capable d'entraîner à la longue des pertes sanguines énormes, la chlorose d'Egypte, maladie probablement parasitaire, la diarrhée de Cochinchine, l'anémie paludéenne, certaines tumeurs (sarcomes de la moelle des os). Enfin, on a attiré l'attention, ces derniers temps, sur une anémie syphilitique du quatrième degré, simulant l'anémie pernicieuse protopathique

Le deuxième groupe comprend les anémies relevant de causes nettement caractérisées. La principale de ces conditions étiologiques est la grossesse : c'est l'anémie pernicieuse des femmes enceintes. Vient ensuite l'anémie due à une alimentation insuffisante. Ces deux notions sont, il est vrai, fréquemment associées, l'anémie des femmes enceintes se voit principalement dans la classe pauvre.

Le troisième groupe mérite le nom d'anémie pernicieuse protopathique. Cette affection s'observe chez des adultes bien portants et sains. On trouve bien quelquefois des troubles digestifs concomitants ; mais si, pour les uns, ils peuvent être la cause, pour les autres ils sont l'effet. En dehors de ces phénomènes gastriques, rien ne

vient expliquer l'anémie, pas même les chagrins, les émotions, cette étiologie banale dont on se couvre parfois.

J'ai cherché, dans l'état du sang, une formule particulière permettant de distinguer ces différentes formes d'anémies. J'ai trouvé, dans le premier groupe, une perte ou une destruction des hématies, avec conservation de la fonction hématopoiétique, c'est-à-dire de la propriété de régénérer les globules. Dans cette catégorie de cas, faites disparaître la lésion causale et le malade guérira. Enlevez, je suppose le fibrome, origine de la spoliation sanguine, enlevez, s'il est possible, le cancer qui altère le sang, et vous obtiendrez la guérison. En d'autres termes, même dans une anémie arrivée à un haut degré, la « sanguification » n'est pas ici atteinte.

Il n'en est plus de même dans les deux autres groupes. La fonction de production est alors touchée, et j'ai proposé de désigner les troubles en question sous le nom d'*anématopoïèse* : la fabrication des éléments du sang est altérée dans son essence ; elle est tantôt simplement diminuée, tantôt abolie. Dans ce dernier cas, lorsque la fonction est annihilée, il est impossible d'éviter la mort ; cet état se rapporte précisément aux faits dans lesquels l'étiologie de la maladie est nulle ou du moins impossible à découvrir (troisième groupe).

Je suis ainsi revenu à la conception d'Eichhort. Cet auteur a eu le mérite incontestable d'établir la réalité d'anémies sans causes appréciables, et d'anémies de causes d'une certaine importance ; je viens d'insister sur l'intérêt de cette distinction.

Comment se traduit, hématologiquement, la différence des états dans lesquels la mort est inévitable et de ceux susceptibles de guérison ? J'ai décrit les caractères du sang dans l'anémie du quatrième degré, l'inégalité des éléments, l'abondance des globules nains et des globules géants, l'apparition des globules rouges nucléés, les altérations des leucocytes, enfin la diminution des hématoblastes. Y a-t-il, dans tout cela, une donnée intéressant le pronostic ?

Eichhort rapportait l'anémie pernicieuse progressive au grand nombre des petits globules ; d'autres auteurs l'ont, plus tard, attribuée à l'excès des globules géants, des mégaloblastes. A la vérité, aucun de ces caractères n'est pathognomonique. Pour moi, l'anémie pernicieuse progressive tient à un arrêt dans la formation des hématoblastes, d'où l'importance hématologique de la diminution permanente de ces éléments. MM. Besançon et Labbé ont objecté que, dans le purpura, on notait cette diminution des hématoblastes C'est vrai, mais dans le purpura, dès qu'il y a accalmie, on voit se produire une poussée hématoblastique, ce qui n'a pas lieu dans l'anémie pernicieuse.

Pour expliquer l'anémie pernicieuse, on a recherché si l'on ne trouvait pas des poisons destructeurs du sang. On a imaginé l'existence de toxines, d'agents parasites des globules rouges. Personnellement, j'ai orienté les recherches du côté des sérums étrangers, qui précipitent les hématoblastes. Reste encore l'hypothèse d'une cause s'attaquant non pas aux hématoblastes mais à leurs foyers de formation.

En résumé, on doit admettre, dans l'état actuel de nos connaissances, une anémie pernicieuse, protopathique, essentielle. C'est une affection de l'adulte, qui survient sans étiologie connue. Sa marche est progressive et fatale, parce qu'elle tarit la source des générateurs du sang. C'est une maladie heureusement rare.

Elle se reconnaît, d'une part, à une déglobulisation extrême, le nombre des globules rouges pouvant tomber jusqu'à 300.000 ; d'autre part, à une diminution considérable de la quantité d'hématoblastes.

Les anémies symptomatiques s'en distinguent par ce fait que, chez elles, la propriété de refaire les globules rouges est conservée. Cette propriété fléchit parfois, mais seulement à la dernière période : chez les cancéreux, par exemple, l'état du sang peut prendre à la fin le masque de l'anémie pernicieuse. Il en est de même dans les hémorrhagies répétées et dans celles de l'ulcère de l'estomac ; ce sont des anémies pernicieuses agoniques. Lorsque, dans ces maladies, il est possible d'arrêter la marche du processus morbide, si celui-ci n'est pas au-dessus des ressources de l'art comme le cancer, la guérison est possible.

Notre malade, vous ai-je dit, est atteinte d'anémie du 4e degré. Son état relève de conditions multiples, accessibles à notre action, et doit être distingué de l'anémie pernicieuse fatalement progressive. Chez cette femme, la propriété de refaire ses globules n'est pas abolie. De tels cas, pris à temps, se terminent d'une manière satisfaisante. Si la malade entrée dans le service pendant les vacances, et qui a succombé, était venue plus tôt, elle eût sans doute guéri.

Existe-t-il des signes permettant de distinguer l'anémie pernicieuse vraie des anémies symptomatiques analogues ? Je n'en ai pas trouvé, même dans les épreuves hématologiques. La différence réside surtout dans l'évolution. Dans l'anémie pernicieuse véritable, la situation s'aggrave rapidement, le patient perd quelquefois en 15 jours, en 8 jours, un million de globules. Dans cette forme protopathique, je n'ai pas vu de rémissions. Enfin, dernier caractère : l'anémie pernicieuse progressive est incurable, du moins pour le moment.

Le traitement est celui de la chlorose.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

Les traitements médicaux spéciaux.

Les Maisons de santé

« La thérapeutique, dit Hayem, est la connais-« sance des indications et l'art de les remplir. » Pour étrange que puisse paraître de prime abord le titre donné à cette étude, l'étonnement ne peut être que de courte durée, s'il est démontré — ainsi que nous nous proposons de le faire — que dans un grand nombre de cas, la maison de santé est le meilleur, sinon le seul moyen de « remplir les indications » qui résultent de l'état des malades, selon la formule si heureuse du maître qui professa naguère la Thérapeutique à la Faculté de Médecine.

Par maison de santé, nous entendons tout établissement dirigé par un ou des médecins et recevant des malades à demeure. Il ne s'agit d'ailleurs pas ici d'une forme déguisée de réclame ou

de publicité — celles-ci ayant leur place bien déterminée dans le dispositif du Journal,— mais d'une revue sérieuse qui nous semble venir à son heure pour fixer un point très intéressant de l' « Art de guérir ». Et les allusions que nous serons amenés à faire à telle ou telle maison n'auront d'autre but que d'appuyer par des exemples empruntés à la réalité notre exposé théorique. Nous ferons en sorte qu'elles soient empreintes de la plus grande impartialité, nous réservant même de signaler spécialement, ce qui est bien légitime, les établissements dirigés par nos collègues, membres du « Concours médical ».

Il y a, en effet, 8 ans qu'à l'Assemblée générale de 1896, l'un de nous, le docteur Jeanne, dans une allocution qui eut à l'époque un certain retentissement et un réel succès, posait la question en ces termes : « Est il possible au Corps médical de créer lui-même les établissements dont il a besoin ? » Et l'ordre du jour, adopté à l'unanimité, ratifia ses conclusions, en consacrant le principe de la légitimité «pour les médecins de se « constituer en Société aux fins de fonder et « d'exploiter directement, avec leurs ressources « personnelles, les stations climatériques et hy« drologiques, les maisons de santé et tous les « établissements similaires. »

Jeanne allait même plus loin en demandant que le « Concours médical » prit l'initiative de la création d'établissements médicaux spéciaux.. « Le nombre est déjà grand, disait-il, des cures « obtenues par les établissements médicaux spé« ciaux et connues du public. La vulgarisation de « cette pratique marche à grands pas, même en « dehors de nous. J'affirme qu'il nous importe de « diriger ce mouvement pour qu'il ne s'égare « pas ; que nous aurions mauvaise grâce à nous « le laisser imposer, qu'enfin si la maturité n'en « est pas encore complète, c'est à nous de la pro« duire dans le plus bref délai possible » (1).

Cette proposition, qui parut audacieuse au moment où elle était formulée, ne fut pas acceptée. Mais, depuis, les idées ont fait du chemin. L'initiative privée, forte de l'approbation qui résultait du vote de l'ordre du jour reproduit plus haut, se donna libre cours pour perfectionner les organisations existant déjà, pour en faire de nouvelles. Le « Concours médical » entraîné luimême dans la voie qui lui était ainsi tracée, s'est mis également à l'œuvre, et le succès est venu couronner ses efforts, répondant ainsi à l'appel vibrant qui lui avait été lancé dans une sorte de vision prophétique. . Nous inspirant des arguments et des raisons développés par notre collègue au cours de cette séance, nous allons tâcher d'établir par suite de quelles circonstances les maisons de santé sont devenues une nécessité ; nous étudierons ensuite chacune des catégories d'établissements médicaux ; nous verrons à quelles indications ils répondent et comment enfin, dans la pratique, les exigences de la thérapeutique moderne ont été réalisées.

*
* *

« Puisque l'hypothèse de l'évolution s'adapte à « un très grand nombre de faits et n'est incom« patible avec aucun, on doit la considérer « comme une hypothèse légitime et soutenable ; « la valeur de cette hypothèse est proportionnée « au nombre des phénomènes qu'elle explique, « comparés à ceux qu'elle n'explique pas » (1). Cette grande loi de l'évolution admise par la plupart des philosophes et des naturalistes contemporains ne régit pas seulement l'individu : elle s'applique également aux sociétés, aux civilisations, aux manifestations de l'esprit humain.., en un mot, à tout ce qui résulte du groupement des individus, à tout ce qui dépend d'eux. Les maux dont souffre l humanité sont soumis fatalement à cette loi, ainsi que tout ce qui se rattache à leur connaissance, à leurs remèdes... et qui constitue la science médicale. Aussi avonsnous vu, dans la suite des temps, des maladies disparaître peu à peu du cadre nosologique, d'autres se modifier dans leurs formes, s'atténuer ; des espèces nouvelles faire leur apparition, pour occuper une place de plus en plus importante en Pathologie.

Cette conception n'est pas une simple vue de l'esprit ; et s'il est permis de dire que les progrès réalisés en anatomie pathologique, en clinique, en hygiène... tant par le perfectionnement des procédés d'investigation que par l'ingéniosité sans cesse croissante des observateurs, ont contribué à déterminer ces résultats, il n'en est pas moins vrai que d'autres facteurs, engendrés par l'évolution dans les conditions mêmes de la vie, ont exercé une influence prépondérante pour amener les transformations que nous constatons. Et ces progrès eux-mêmes ne sont-ils pas une conséquence de l'évolution ? Nous n'observons plus que rarement, par exemple, ces syphilis secondaires malignes qui se traduisaient par le phagédénisme le plus hideux et le plus destructeur. Les maladies infectieuses sont heureusement combattues par des méthodes d'une efficacité démontrée et les épidémies si durables et si meurtrières, qui firent parfois époque dans l'Histoire, ne sont plus guère qu'à l'état de légende. L'antisepsie et l'asepsie ont permis à la hardiesse et à l'habileté des chirurgiens de se donner libre cours, et la pathologie viscérale, bénéficiant de la facilité d'examens pratiqués sur le vif, s'est enrichie de découvertes, grâce auxquelles les obscurités se sont peu à peu dissipées en même temps que se précisaient les indications et la technique des interventions.

Par contre, l'exode des campagnes vers les villes, dont l'encombrement augmente de jour en jour, les nécessités de la lutte pour la vie, de plus en plus âpre, l'abandon de traditions qui firent jadis la race saine et forte, l'introduction dans l'alimentation de produits industriels d'une nocivité certaine, le besoin d'excitants factices..... et par-dessus tout peut-être le désir effréné d'arriver et de jouir qui caractérise notre époque, ont favorisé singulièrement l'essor pris par certaines maladies, l'éclosion d'entités longtemps inconnues. .... La tuberculose, l'alcoolisme au premier plan, la morphinomanie, les intoxications médicamenteuses ou industrielles, moins fréquentes parce que moins accessibles ou plus limitées, sont l'objet des préoccupations les plus sérieuses des médecins et des sociologues. Le système nerveux enfin a subi avec intensité la répercussion des perturbations de l'existence moderne. Et le rôle important qu'il joue dans l'organisme, tant

(1) Cf. *Concours médical*, 1896, 572.

(1) Bain. — Logique déductive et inductive. Trad. Compayré, II, 405.

comme suprême régulateur des fonctions, que comme siège des plus hautes et des plus nobles manifestations de l'esprit, explique le rang de plus en plus élevé que ses tares, ses lésions, aussi bien que ses troubles fonctionnels occupent dans l'échelle des maladies.

Ainsi, dans ces vingt dernières années, la scène médicale est occupée d'une part par la fréquence de plus en plus grande des interventions chirurgicales, d'autre part par l'extension de la tuberculose, des états morbides résultant d'intoxications, et enfin par l'élargissement considérable du cadre de la Neuropathologie et de la Psychiatrie.

*
* *

L'évolution que nous venons d'esquisser à grands traits ne pouvait manquer d'avoir un retentissement marqué sur la thérapeutique : c'en était le corollaire obligé. Si la connaissance des indications ne demeurait pas douteuse, l'art de les remplir fut l'objet de tâtonnements longs et prolongés, avant d'aboutir à la précision de règles rigoureuses.

A côté des agents chimiques empruntés à la pharmacopée la plus riche, prennent place, en effet, les moyens physiques inconnus ou négligés jusqu'alors, et dans ces cas nombreux, où le moral est en jeu pour le moins autant que l'organisme, la notion de « milieu », si importante d'ailleurs en chirurgie, se fait de plus en plus prépondérante et s'impose impérieuse et dominante.

A des besoins nouveaux doivent évidemment correspondre des organisations nouvelles ; et cette question de « milieu » se trouve heureusement résolue par les « *maisons de santé* » dont les indications sont chaque jour plus nombreuses.

Les établissements dont nous voulons parler se divisent en plusieurs classes :

1° *Maisons de santé médico-chirurgicales simples*;

2° { *Maisons de santé pour tuberculeux* ;
{ *Sanatoriums maritimes* (tuberculoses externes ou articulaires) ;

3° *Maisons d'hydrothérapie pour maladies nerveuses et mentales et pour intoxications*;

4° *Maisons de convalescence et de repos*, etc., etc.

Il est bien entendu que nous ne nous occupons pas des innombrables cliniques générales ou spéciales, dont nous ne discutons pas l'opportunité, mais qui ne rentrent pas dans les limites de ce travail.

*
* *

Les maisons médico-chirurgicales.

La maison médico-chirurgicale répond-elle à un besoin réel ? Poser la question, c'est en quelque sorte la résoudre. En effet, les chances de succès d'une intervention chirurgicale sont d'autant plus assurées qu'elle est pratiquée dans des conditions aussi parfaites que possible. Or, s'il est indifférent pour des opérations très simples, sans gravité, sans complications redoutables, qu'elles aient lieu dans un milieu quelconque, si, dans d'autres circonstances, l'urgence commande de se hâter et d'aller au plus pressé, les conséquences de la non-réalisation de certaines de ces conditions étant moins redoutables que la temporisation, il n'en saurait être de même, la plupart du temps, dans les cas de grande chirurgie et notamment de chirurgie viscérale, qu'il s'agisse par exemple de faire une laparotomie ou de trépaner un crâne pour examiner, explorer, sonder au besoin les centres nerveux supérieurs. Là, l'opération réussit d'autant mieux que toutes les précautions, même les plus élémentaires, sont prises à l'avance ; que l'opérateur est entouré non seulement d'aides capables, mais encore d'un personnel subalterne bien éduqué ; que l'éclairage, le chauffage de la salle, ne laissent rien à désirer ; que sa stérilisation, ainsi que la stérilisation des instruments, des cuvettes, des objets de pansements..... soient assurées d'une façon aussi sérieuse que possible ; que l'arsenal instrumental lui-même soit au grand complet ; en un mot que rien ne soit laissé au hasard et que toutes les éventualités étant prévues, le remède à chacune d'elles soit immédiatement à portée de la main.

Il importe également qu'aussitôt après l'acte opératoire et dans les jours qui suivront, le malade soit l'objet d'une surveillance éclairée, que les incidents ou accidents des premiers moments puissent être aisément conjurés, qu'une syncope sérieuse, une hémorrhagie secondaire, par exemple, soient combattus sans retard.

Comme il est matériellement impossible de réaliser tous ces desiderata au domicile du malade, pour les indigents ou les nécessiteux, l'hôpital est tout indiqué. Il cesse de remplir son but d'assistance humanitaire quand il reçoit des malades appartenant à la classe aisée, et *a fortiori* des malades riches, dont certaines révélations suggestives nous ont montré les manœuvres, adroites sans doute, mais d'une loyauté douteuse. Et pour notre compte, nous n'avons cessé de protester contre la tolérance coupable de l'Assistance publique, qui fait de la philanthropie à rebours, quand elle laisse gaspiller le bien des pauvres au profit de ceux qui pourraient largement payer.

Pour ceux-ci, la maison de santé est toute désignée. Il en existe un grand nombre, édifiées selon les règles les plus modernes du confort, de l'hygiène, et des nécessités de dispositions spéciales à leur destination, pourvues de salles d'opération vastes, bien éclairées, avec l'outillage principal et secondaire le plus perfectionné. Il ne nous suffit pas, cependant, que l'architecte se soit inspiré des données scientifiques les plus récentes pour obtenir le résultat le plus satisfaisant, et nous demandons à la maison de santé chirurgicale, telle que nous la concevons, deux conditions que nous considérons comme primordiales : 1° la présence constante d'un médecin résidant dans l'établissement ; 2° des prix tels qu'elle soit, autant que possible, accessible à toutes les bourses moyennes. Ces deux conditions se justifient amplement par les considérations qui précèdent, et c'est en en tenant le plus grand compte, que le « Concours médical » a organisé la *Maison de la Plaine-Monceau*. Il ne nous appartient pas d'en faire ici l'éloge ; ceux de nos confrères qui l'ont utilisée soit pour eux-mêmes, soit pour leurs malades, se sont chargés de ce soin, et son succès croissant est la meilleure garantie de sa valeur.

S'il nous était permis d'émettre un vœu, nous souhaiterions qu'un concours de circonstances favorables permît à un tel établissement, ou à d'autres, établis sur le même type et dans le même esprit, de servir d'intermédiaire entre l'hôpital et la maison luxueuse, pour que toute une

catégorie de malades peu fortunés, mais susceptibles néanmoins de faire face à certaines dépenses, puisse avoir recours à un aussi puissant auxiliaire, dans les cas trop fréquents où il s'impose.

Il est évident que la maison de santé chirurgicale n'est pas tenue de limiter son rôle aux seules opérations et qu'elle est encore appelée à recevoir des malades atteints d'affections chroniques demandant un traitement prolongé et minutieux, une observation sévère de certaines règles de diététique, une surveillance constante... Elle ne peut cependant pas perdre de vue que son action ne doit guère s'écarter du domaine déjà si vaste de la pathologie externe, et que, l'acte opératoire étant au premier chef l'objet de sa principale raison d'être, elle doit se refuser d'accepter les maladies infectieuses et contagieuses dont le voisinage ne manquerait certainement pas de compromettre les résultats légitimement escomptés.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur les injections intra-articulaires de salicylate de soude dans la polyarthrite.

Si le salicylate de soude, administré par la voie buccale, donne d'excellents résultats dans le rhumatisme articulaire, il n'en est pas moins vrai que nous savons par l'expérience combien la plupart des arthritiques sont, en raison de leurs douleurs, obligés de garder le lit, malgré l'absorption quotidienne de quelques grammes de salicylate. Aussi n'est-il pas surprenant qu'on ait cherché de différents côtés à faire prendre ce médicament d'une manière autre que par la bouche, afin d'en obtenir des effets plus grands. Au Congrès du Caire (1902), Bouchard nous exposait les résultats des injections périarticulaires de salicylate de soude.

Peu satisfait de cette méthode, le docteur Santini expérimenta les injections endo articulaires (*Wien. klin. therapeut. Woch.*, n° 36, 1904). Le plus souvent, il suffisait de faire une seule injection dans la même synoviale ; c'était là un avantage manifeste sur le procédé de Bouchard.

La solution employée était isotonique du sang, elle comprenait trois parties de salicylate pour 100 d'eau distillée.

Les articulations le plus souvent atteintes par la diathèse rhumatismale, sont facilement accessibles ; les données anatomiques fixent le choix du point d'injection Presque toujours, la distension de la capsule, produite par l'exsudat intra-articulaire, détermine des points fluctuants. Seules les articulations de l'épaule, de la hanche, les articulations vertébrales, ne permettent que des injections périphériques, et encore celles-ci doivent-elles être poussées aussi près que possible de la jointure.

La dose à injecter varie avec les dimensions de l'article. Pour les plus grandes jointures, il suffit de 5 centimètres cubes de solution ; mais le plus souvent 3 ou 4 centimètres cubes permettent d'obtenir l'effet désiré.

Généralement, l'injection n'augmente les douleurs que d'une façon modérée ; parfois cependant celles-ci s'accroissent dans de grandes proportions ; mais au bout de quelques instants le malade peut mouvoir sa jointure, devenue presqu'indolore. L'effet obtenu persiste, et les récidives sont rares.

Il semble donc qu'il faille, dans le traitement du rhumatisme articulaire, préconiser les injections périphériques, et mieux encore les injections intra-articulaires, comme un moyen curatif très efficace.

Les injections rectales de chlorure de calcium dans les hémorrhagies des veines hémorrhoïdaires

Le docteur Boas (*Die Therapie d. Gegenw.* 1904, H. 77), se basant sur une longue expérience, considère cette méthode comme excellente et rarement inefficace dans les hémorrhagies chroniques et déprimantes des veines hémorrhoïdaires.

On connaît depuis longtemps l'action coagulante des sels de chaux ; on sait aussi qu'ils forment la fibrine-ferment. Quelques médecins avaient déjà recommandé les injections rectales de chlorure de calcium, à la dose de 4 grammes, dans les ulcères de l'estomac ; Boas n'en avait obtenu aucun résultat satisfaisant, en particulier dans les cas de tumeurs malignes. Par contre, il eut plein succès dans les hémorrhagies des veines hémorrhoïdaires.

Très simple est la technique de ces injections : après avoir nettoyé le rectum, on introduit au moyen d'une seringue 20 grammes d'une solution aqueuse à 10 % ; ce lavement médicamenteux est gardé par le malade. Dans les cas graves on fait chaque jour deux injections semblables ; l'une d'elles est donnée le soir avant le coucher. La solution à 10 % ne produit ni douleur, ni irritation. Les observations de Boas semblent très concluantes, même quand les hémorrhoïdes accompagnent un cancer rectal.

Si le chlorure de calcium n'était pas très pur, quelques phénomènes d'irritation pourraient apparaître.

Les hémorrhagies seules cessent ; les noyaux hémorrhoïdaires ne disparaissent pas. L'auteur recommande de continuer ces injections pendant quelque temps encore, après que les hémorrhagies ont cessé ; dans les cas graves, il les répète quotidiennement, quatre semaines durant ; puis deux à trois fois par semaine.

Les résultats de l'hydrothérapie sur 1000 sujets tuberculeux.

Le travail du Dr Kuthi (*Blatter f. klin. Hydrotherapie*, n° 5, 1904) est d'autant plus intéressant qu'il est basé sur une série très complète d'observations cliniques. L'auteur nous renseigne sur les divers procédés hydrothérapiques employés dans la tuberculose, en nous fixant sur leurs indications et leurs contrindications.

Pour le *demi-bain*, le malade est plongé assis dans une baignoire, dont l'eau atteint environ sa région ombilicale (25 centimètres de hauteur) ; on recouvre sa tête d'un bonnet humide, puis on l'arrose sur la surface antérieure et sur la surface postérieure de son corps ; on le frictionne soigneusement, et enfin, la température du bain s'étant abaissée d'un ou deux degrés, on l'arrose encore abondamment. La durée du demi-bain

est en moyenne de trois minutes. Pendant les frictions il faut éviter d'imprimer au thorax des secousses trop violentes. La température du bain est de 32° premier jour, de 31° le deuxième jour, de 30° du troisième au cinquième jour, de 29° les sixième et septième jours, puis on s'en tient définitivement à 28°. Cette hydrothérapie est généralement bien supportée, même par les malades les plus faibles, les plus anémiques (s'ils ne sont pas condamnés à garder le lit) ; certains patients, neurasthéniques avérés, réagissent aux températures inférieures à 30° par un sommeil agité, et par une excitabilité anormale. Néanmoins, le demi bain reste un excellent moyen diététique ; il relève l'appétit, améliore les selles, surtout quand on fait sur le ventre des affusions froides, à forte pression. C'est également un tonique, qui améliore le sommeil, donne une sensation de bien-être, et endurcit les phtisiques au froid.

Pour les *enveloppements humides du tronc*, on prend une toile de lin imbibée d'eau et plus ou moins exprimée ; on la replie plusieurs fois sur elle-même, et on l'enroule autour du corps depuis les aisselles jusqu'à la symphyse pubienne. Pour produire un effet calmant, dans l'insomnie par exemple, et certaines douleurs inflammatoires chroniques, on trempe la toile dans de l'eau complètement froide ; puis on prend la précaution de la recouvrir d'une deuxième toile pour constituer une sorte de bain de vapeur sous l'enveloppement. Celui-ci est maintenu durant quatre heures et plus. C'est le plus souvent un rubéfiant, un dérivatif, un calmant, et même un narcotique direct, s'il est appliqué pour la nuit.

On poursuit le même but en employant dans certains sanatoria l'enroulement au moyen de bandes croisées, qui recouvrent également les épaules : c'est l'enveloppement de Priesnitz. Appliqué le soir vers 9 heures 1/2, il doit, pour remplir de bonnes conditions, être complètement sec le lendemain matin ; s'il n'en est pas ainsi, si le calorique produit par le malade n'est pas suffisant pour arriver à ce résultat, il faut diminuer la longueur de la bande et par conséquent l'épaisseur de l'enveloppement. Ce procédé fluidifie les sécrétions pulmonaires, qui sont rejetées au réveil sans difficultés sous forme d'expectoration muco-purulente.

Pour obtenir des effets antithermiques au moyen des enveloppements humides, on emploie une toile plus fine, peu exprimée, que l'on renouvelle toutes les heures, ou toutes les deux heures. C'est là un procédé très utile chez les fébricitants, qui tiennent le lit ; il possède souvent une plus grande efficacité que la médication antipyrétique la plus énergique. Un tuberculeux au troisième degré, dit Kuthi, avait des températures variant entre 38°8 et 39°2 malgré trois doses quotidiennes de 0,50 centigrammes de pyramidon ; on le condamne au lit avec des enveloppements humides ; le jour même sa température maxima n'atteint plus que 38°8 ; le lendemain celle-ci est de 38°2, le troisième jour de 38°.

Une vessie de glace, un sac d'eau froide appliqué sous l'enveloppement au niveau du cœur augmente l'action antithermique et cardiotonique du procédé ; en cas de douleurs pleurétiques, il exerce une action antiphlogistique.

Les *ablutions partielles* forment la transition entre la balnéation partielle et la balnéation totale. On les pratique le matin. Le malade commence par sortir un bras de son lit, ce bras est recouvert d'une serviette mouillée, puis frictionné ; on continue ensuite la friction à sec jusqu'à rubéfaction et on rentre le bras sous les couvertures. On répète la même pratique pour l'autre bras, puis pour les deux jambes, pour le dos et la poitrine. C'est là une méthode précieuse pour les phtisiques fébricitants, qui restent couchés. Elle les fortifie, les endurcit, améliore l'appétit ; elle absorbe une petite quantité de calorique, facilite le régime de la circulation périphérique ; elle est enfin légèrement excitante. Ces ablutions partielles sont excellentes pour combattre les sueurs profuses.

Jusqu'à présent on n'employait dans les sanatoria pour tuberculeux que les douches comme remède tonique et fortifiant ; il est vraisemblable que l'on ne connaissait pas suffisamment les autres procédés hydrothérapiques. Mais, d'après une expérience de trois années, le Dr Kuthi peut certifier que les douches doivent passer au second plan, lorsqu'on est bien au courant de l'hydrothérapie.

La *douche* froide en pluie, même à une faible pression, produit également sur tout le corps une excitation nerveuse intense ; elle constitue un excellent tonique, favorise le travail du cœur, augmente l'appétit et les échanges nutritifs. C'est un remède respiratoire, surtout par les inspirations profondes, qu'elle suscite au début. En raison de son action générale stimulante, elle est mal supportée par les neurasthéniques excitables, et ne doit par conséquent pas être généralisée en phtisiothérapie, puisque la plupart des tuberculeux anémiés présentent de l'asthénie nerveuse excitative. Tout au plus, chez quelques patients peut-on recourir à la douche en pluie, refroidie en 20 secondes de 35° à 15° ou 10°. C. Kuthi recommande aussi la douche en éventail, la douche de vapeur de Winternitz : la surface du corps, d'abord échauffée, est ensuite refroidie par la douche froide, qui n'enlève que cet excédent de chaleur, accumulé superficiellement.

D'une façon générale, les douches soustraient moins de calorique que les bains, lorsqu'elles ne sont pas contre-indiquées. Or, voici leurs contre-indications :

1°) La neurasthénie constitutionnelle, avec hyperexcitabilité, hyperesthésie, sommeil agité, nécessite durant tout le traitement l'emploi des demi-bains.

2°) L'hyperthermie. On ne douche que les tuberculeux dont la température quotidienne subit de faibles oscillations (0°5) et ne dépasse pas 37°.

3°) Les douleurs pleurales constituent enfin une dernière contre-indication.

Il faut encore remarquer que les douches sur les pieds possèdent des effets appréciables sur les céphalées congestives, les vertiges, l'insomnie, chez les individus d'un poids normal, chez les pléthoriques surtout, qu'ils soient ou non tuberculeux. Il en est de même pour les enveloppements des mollets.

Les applications de froid au niveau du cœur sont excellentes en phtisiothérapie, car elles luttent contre l'adynamie cardiaque tonique, contre la tachycardie toxi-nerveuse ; elles améliorent de plus la circulation périphérique et centrale.

Les troubles gastriques que l'on observe particulièrement au début de la phtisie disparaissent sous l'influence de compresses chaudes appliquées au creux épigastrique.

Le demi-bain tiède à 35°, d'une durée de dix minutes, est un excellent hypnotique dans l'insomnie neurasthénique, il faut l'employer avec prudence chez les patients, qui font volontiers de la fièvre, car il provoque facilement des perturbations dans la courbe thermique.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Dans l'intervalle de quinze jours, ont été publiées, dans le *Concours médical*, deux notes relatives à l'empoisonnement par l'hydrogène arsénié. Dans ces deux notes, on considère l'affection comme une trouvaille toute nouvelle et à peine encore décrite. Certes, le sujet n'est point épuisé, mais il est loin d'être nouveau.

Dès 1841-1842, on trouve in *The Dublin Journal of medical science*, une observation très complète publiée par O'Keilly ; on en trouve une autre dans la *Gazette des Hôpitaux*, publiée par Ollivier en 1863 ; dans le *Lyon médical* en 1870, Valette fait insérer deux nouvelles observations. J'ai moi-même traduit de l'allemand l'histoire de plusieurs autres cas : Eitner (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1880) ; Cæster (même journal, 1884) ; Immermann (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte* 1887) ; Sury-Bienz (*Viertel f. gericht Med.*, XLIX, 1888). J'ai traduit également une étude de Stadelmann sur « l'Ictère dans l'empoisonnement par l'hydrogène arsénié » publiée en 1883 (*Arch. exper. Path. und pharmac.*)

Enfin, en 1895, après une série d'expériences exécutées au laboratoire de M. le Prof. Pouchet, sur le sang *in vitro* et sur des animaux, je présentai comme thèse inaugurale devant la Faculté de Paris, un travail d'ensemble sur l'empoisonnement par l'hydrogène arsénié.

Ceci dit pour rendre la priorité à qui de droit.

a) L'idée capitale qui se dégage de l'étude de ce genre d'empoisonnement, c'est que l'hydrogène arsénié est *un poison du sang*. Pénétrant dans l'organisme par les voies respiratoires et immédiatement mis en contact avec ce liquide dans les alvéoles pulmonaires, ses effets toxiques suivent de près l'inhalation du gaz.

L'hydrogène arsénié détermine la désagrégation du globule rouge, *il en sépare l'hémoglobine* qui passe en dissolution dans le plasma et se transforme partiellement en méthémoglobine.

Au microscope, on aperçoit, au milieu de globules sains, une grande quantité de globules déformés : les uns sont crénelés, ratatinés ; d'autres revêtent des formes polyédriques variables à l'infini.

Le sérum, séparé du caillot par décantation et additionné d'eau, donne au spectroscope les raies de l'oxyhémoglobine.

A part des lésions de néphrite épithéliale qu'on observe d'une manière constante, à part une dégénérescence granulo-graisseuse du foie et des reins observée chez l'animal dans un cas d'empoisonnement lent provoqué par des inhalations courtes et répétées du gaz toxique, l'anatomie pathologique se limite, ou à peu près, à l'étude des altérations du sang ci-dessus décrites.

b) Cliniquement, je distingue deux formes d'empoisonnements :

1° Une *forme anurique*, très grave ; 2° une *forme à diurèse normale*, légère.

La dénomination que j'attribue à chacune de ces deux formes dit assez en quoi elles diffèrent.

Dans l'une comme dans l'autre, mais à des degrés différents, les symptômes sont, au début : une céphalalgie plus ou moins violente accompagnée d'un sentiment de profonde lassitude et parfois d'un frisson violent et prolongé comparable à celui de la pneumonie. Les malades se plaignent d'une brulûre aiguë au creux épigastrique et de douleurs très vives de la région lombaire.

Le plus souvent, on observe des nausées et des vomissements alimentaires, puis bilieux, voire même des évacuations diarrhéiques.

Bientôt, c'est-à-dire au bout d'une heure, deux heures, trois heures au maximum, se manifeste le symptôme dominant : *l'hémoglobinurie*. Dans la forme anurique, les urines sont rouge foncé, presque noires, rares (30 gr. à 300 gr. pour la première journée, suivant l'état de vacuité de la vessie au moment de l'inhalation toxique) ; dans la forme à diurèse normale, les urines ont une couleur rouge-sang, mais leur quantité est peu ou point diminuée.

Le microscope ne décèle pas dans les urines la présence de globules rouges ; mais l'examen spectroscopique montre les raies de l'hémoglobine oxygénée. Elles sont albumineuses *toujours*, et elles contiennent ordinairement des pigments et des acides biliaires une fois que l'ictère est constitué.

Cet ictère, comme l'hémoglobinurie, provoqué par la décomposition du sang, apparaît le deuxième jour, quelquefois le troisième jour seulement. D'après la théorie de Gubler, on pourrait le ranger dans la catégorie des ictères dits « hémaphéiques » ; cependant Stadelman, au contraire, le considère comme un ictère par rétention et il se base sur ce fait, démontré dans ses expériences, que la bile épaissie s'écoule difficilement vers l'intestin ; la résorption serait ainsi commandée par la stase.

Dans les cas mortels, le dénouement arrive d'ordinaire du 5e au 10e jour ; mais dans un cas (Valette), la mort n'est survenue que le 27e jour après le début des accidents.

Quand la terminaison doit être favorable, on voit la diurèse se rétablir progressivement à partir du quatrième jour ; l'hémoglobinurie diminue parallèlement, à mesure que les urines deviennent plus abondantes. La guérison paraît complète en 8 ou 10 jours, mais l'albuminurie, ainsi que l'anémie, persistent encore quelque temps.

Enfin, dans les autres cas, appartenant à la forme légère de l'empoisonnement, la guérison arrive après deux à cinq jours de maladie.

c) Quant au traitement, il doit répondre à trois indications : 1° favoriser l'évacuation du poison en rétablissant la diurèse, 2° aider la régénération du sang par les inhalations d'oxygène, les ferrugineux, 3° soutenir les forces des malades.

d) Indépendamment des chimistes dans leurs laboratoires, des ouvriers employés dans les fabriques de produits chimiques, on observe surtout l'empoisonnement par l'hydrogène arsénié chez les gens qui, par leur profession, sont appelés à utiliser ou à produire de grandes quantités d'hydrogène comme les aérostiers par exemple, et cela à cause de l'impureté des produits employés.

Il faut signaler aussi la possibilité d'empoisonnements chez les personnes employant, dans un espace réduit et mal ventilé, des batteries de piles à grandes surfaces, comme les piles au bichromate, les éléments Bunsen, etc. On sait que ces piles en fonctionnement dégagent des vapeurs irritantes auxquelles il peut se mêler une certaine proportion d'hydrogène arsénié. Des exemples de ce genre se sont produits dans le puits Jabin, des mines de St Etienne (Grommier, Académie de Médecine, 10 avril 1877).

On a pensé également à la présence possible d'une petite quantité d'hydrogène arsénié dans l'atmosphère de certaines maisons humides tapissées de papiers verts (vert de Scheele, vert de Schweinfurt). Louyet de Bruxelles suppose que sous l'influence des matières organiques et de l'humidité dans ces tapisseries, il doit se former un arséniure d'hydrogène se mélangeant à l'air des appartements. Il se base pour appuyer cette opinion, sur l'odeur alliacée, désagréable, qui se fait sentir quelquefois dans les pièces humides tapissées de papiers aux verts arsenicaux. Il est avéré, en tous cas, qu'on a observé plusieurs cas d'empoisonnements chroniques, assez mal définis, mais provoqués par le séjour prolongé dans des habitations de ce genre et qu'on a attribués, à tort ou à raison, à l'hydrogène arsénié.

Dr E. Lucas.

Saint-Hilaire-la-Palude, 1er novembre 1904.

CORRESPONDANCE

La liberté du choix du médecin par les assistés.

8 novembre 1904.

Monsieur le Rédacteur en Chef,

L'article du *Concours* du 5 novembre sur les vrais abus en matière d'assistance médicale gratuite, m'invite à vous faire remarquer que ce n'est pas seulement dans le Calvados, que Messieurs les Préfets tiennent au système des circonscriptions desservies par leurs médecins. Le département du Nord se trouve absolument dans le même cas, et, comme nous n'avons pas le tarif à la visite, mais l'abonnement à forfait, il est à supposer que l'administration s'occupe bien plus de l'intérêt électoral et politique, que de l'intérêt humanitaire et médical.

Nos syndicats ont bien tenté jadis de demander la liberté du choix du médecin mais il a été reconnu, que nous sommes absolument inaptes à traiter semblables questions, et on les a données à débrouiller à Messieurs les conseillers généraux. Ceux-ci, naturellement, ont opiné du bonnet dans le sens indiqué par Monsieur le Préfet. C'est sans doute partout, ou presque partout, la même chose.

En fait, on voit dans notre département tel confrère, chargé d'une besogne impossible, et dont parfois il s'occupe fort peu, s'en déchargeant sur des voisins, qui deviennent ainsi ses protégés, et se croiront peut-être obligés à le servir comme agents électoraux.

Cette façon d'agir permet à Messieurs les Préfets, et à leurs mandataires, de tenir les médecins dans une sorte de domesticité. Si quelques-uns rechignent, on leur suscite des ennuis de toutes sortes, et avec l'argent des contribuables, et les ressources de l'assistance publique, on va, coûte que coûte, leur chercher des concurrents partout où il est possible d'en déterrer ; qu'importe l'intérêt du pauvre ? Il prendra le médecin qu'on lui donnera, alors même qu'il en préfèrerait un autre, et, s'il le faut, pour les besoins d'une basse vengeance, on l'obligera à des déplacements considérables, alors qu'il a près de lui le praticien qui aurait sa confiance. *Væ miseris* !!

Pour éviter pareils abus, contre lesquels protestent les principes humanitaires et républicains, il faudrait l'accord résolu de tous les médecins; je doute fort que l'on puisse arriver, de longtemps, à ce consensus unanime, quand l'administration a dans les mains tant d'avantages pécuniaires et décoratifs pour nos confrères *assez souples* du présent, et de l'avenir.

Je n'en rends pas moins justice au Concours médical, et aux syndicats, qui soutiennent de leur mieux le bon combat, sans obtenir toujours ce qu'ils souhaitent. Il faudrait tant d'énergie et de persévérance pour briser quelques mailles de notre système d'esclavage administratif ! Je voudrais espérer que les plus jeunes d'entre nous verront la délivrance, mais jusqu'ici je dois constater que l'on nous rive notre chaîne de plus en plus court.

Veuillez agréer, mon cher confrère, mes sincères salutations, et l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr V.

La constitution du Syndicat du Var.

Fréjus, le 2 décembre 1904.

Monsieur et cher confrère,

J'ai le plaisir de vous annoncer la constitution définitive du Syndicat médical du Var. Les arrondissements de Draguignan et de Brignoles se trouvant dans des conditions à peu près identiques au point de vue médical, conditions qui diffèrent en beaucoup de points de celles de l'arrondissement de Toulon, ce sont ces deux arrondissements seulement qui forment notre Syndicat. Notre but est celui que recherchent tous les groupements du même genre, et nos statuts, que je vous enverrai dans quelques jours, ressemblent beaucoup à ceux de Versailles et de Rambouillet.

Le bureau a été ainsi constitué :

Président : Dr Brun-Bourguet, de Fréjus.

Vice Présidents : Arr. de Draguignan : Dr Claudel, de Bargemont. Arr. de Brignoles : Dr de Comprieu, de Brignoles

Secrétaire Dr Pelloquin, de Draguignan.

Trésorier Dr Coulomb, de Draguignan.

Administrateurs.

Arr. de Draguignan : Dr Doze, de Draguignan. Dr Massol, de Roquebrune.

Arr. de Brignoles : Dr Basset, de Barjols. Dr Décugis, de Besse.

Je vous remercie de l'empressement que vous avez mis à m'envoyer les comptes-rendus et les statuts de votre groupement de l'arrondissement de Versailles. Nous allons nous inspirer de ces derniers pour l'établissement de notre règlement intérieur.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Dr Brun-Bourguet.

Un projet de codification des tarifs médico-légaux.

Bordeaux, le 28 novembre 1904.

Mon cher confrère,

Je vous prie de me faire expédier 25 ex. de vos feuilles pour mémoires d'expertise — au civil et au criminel. Il faut que je rédige moi-même ces mémoires pour plusieurs confrères qui ont des difficultés pour toucher leurs honoraires.

Lors de mon dernier séjour à Paris, je me suis rendu au ministère de la justice, où j'ai longuement causé avec le chef du nouveau service du contrôle. Il est convenu que je dois lui signaler les interprétations variées données aux règlements dans les diverses Cours et lui proposer un projet de codification des tarifs médico-légaux.

Nous arriverons peut-être ainsi à éviter des contestations souvent grotesques et toujours désagréables — pour le corps médical du moins.

Bien cordialement.

Dr LANDE.

REPORTAGE MEDICAL

Legs du docteur Tillaux. — On annonce que le docteur Tillaux, dont le testament vient d'être ouvert, a fait le legs suivant, qui s'élève à plus d'un demi-million :

«Pour contribuer dans la mesure où je le puis, écrit le testateur, à la paix et la justice sociales, je donne ce capital à la Caisse des retraites ouvrières, ou si cette caisse n'existait pas lors de mon décès, à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse.»

Le docteur Tillaux lègue, d'autre part, son portrait par Bonnat, au musée de Caen ; son portrait par Georges Becker, au lycée de Caen ; son médaillon par Chaplain et son buste par le docteur Worms, à la Faculté de médecine.

Il laisse 10,000 francs à l'Association des médecins de la Seine et 2,000 à l'Association des anciens internes des hôpitaux de Paris, et dispose en outre de diverses sommes importantes en faveur d'œuvres ou d'établissements auxquels il s'intéressait. (*Le Temps.*)

Nous sera-t-il permis de regretter que l'esprit qui dicte de si louables libéralités chez les grands du corps médical, néglige toujours de songer à celles de nos Sociétés qui, comme les *Syndicats*, leur *Union*, le «Sou médical» etc., luttent si ardemment (et avec d'insuffisantes ressources) pour assurer l'avenir de notre profession par la solidarité de tous ses membres ?

C'est l'argent qui est le nerf de la guerre. Pourquoi faut-il que ceux qui le possèdent oublient l'importance du concours qu'ils pourraient ainsi fournir à ceux qui donnent sans compter leur temps et leur peine.

Contre les abus de la médecine par les médecins étrangers. — Ceci intéresse particulièrement nos confrères qui, installés dans une commune frontière, étendraient leurs soins médicaux au-delà des limites admises par les conventions diplomatiques. Un confrère belge avait donné ses soins à un malade habitant Valenciennes. Le malade était mort et laissait une héritière à qui notre confrère adressa une note de 2,500 francs. L'héritière, contestant le chiffre, porta le litige devant le tribunal de Valenciennes lequel, s'appuyant sur l'art. 5 de la loi de novembre 1892 : « Les médecins, etc., diplômés à « l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne « pourront exercer leur profession en France, qu'à « la condition d'y avoir obtenu leur diplôme, etc.» débouta le médecin belge en déclarant que l'obligation en vertu de laquelle notre confrère réclamait des honoraires, reposait sur une « cause illicite » comme étant prohibée par la loi. Ce qu'il y a de particulier en cette affaire, c'est que l'héritière ne refusait pas de payer, elle ne contestait que le chiffre des honoraires.

C'est le tribunal qui, *proprio motu*, a soulevé le moyen de nullité en se basant sur l'art. 5 de la loi de 1892 et les art. 1131 et 1133 du Code civil. (*Le Scalpel*).

Nous recommandons à nos camarades des frontières d'opposer, quand il y aura lieu, à la concurrence étrangère sortant de la limite des conventions diplomatiques, la jurisprudence de Valenciennes, qui semble bien inattaquable. Il n'est pas douteux que les incursions des voisins se feront beaucoup plus rares quand elles vont ainsi se trouver soumises à un régime de gratuité imprévue.

Exercice illégal de la médecine, Congrès de 1905. — Le Dr d'AYRENX, chargé d'un rapport sur l'exercice illégal ou irrégulier de la médecine (ophtalmologie) par les opticiens, serait reconnaissant aux confrères documentés sur la question de lui faire parvenir leurs communications : 176, Bd. Saint-Germain, Paris.

Faculté et hôpitaux.

M. Auguste Petit, chef du laboratoire de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, commencera, le lundi 16 janvier 1905, à 1 h. et demie, une série de 12 conférences pratiques de clinique chirurgicale, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Objet du cours : Tissus pathologiques au point de vue du diagnostic chirurgical.

Les droits à verser sont de 50 francs.

On s'inscrit les mardis, jeudis et samedis, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 heures.

— M. A. Herrenschmidt, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker commencera le lundi 12 décembre, à 10 h., une série de conférences de bactériologie spécialement envisagée au point de vue chirurgical (examens du pus, des sérosités, employés dans la pratique journalière) et les continuera les lundis suivants à la même heure. Le cours sera complété par une séance de technique bactériologique et d'opérations pratiques, le lendemain mardi à 2 h.

— M. le Dr Frumusson a commencé le 1er décembre, à l'amphithéâtre Cruveilher, un cours de physiothérapie (masso-électro-kinésithérapie, mécanothérapie, gymnastique suédoise, hydrothérapie, photothérapie, orthopédie), et le continuera tous les jeudis à 5 h.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs GRELLOT, de Giromagny (Haut-Rhin) ; LEFÉBURE et LEGRAND, de Bapaume (P.-d.-C.) ; DELEPOUVE, de Heuchin (P.-d.C.) ; TOURNAIRE, de Tain (Drôme) ; NICOLAU-BARRAGUÉ, du Chatelet-en-Brie (S.-et-M.) ; SUCHET, de Neuilly (Seine), et SIMON, de Quarré-les-Tombes (Yonne), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année | N° 51 | 17 DÉCEMBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles Hygiène, Assistance, etc...

Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY.

SOMMAIRE

Assemblée générale extraordinaire

DE LA CAISSE DES RETRAITES DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

21 NOVEMBRE 1904

La séance est ouverte à 2 heures, sous la présidence de M. le Dr Lande (de Bordeaux), président.

M. le secrétaire général dépose sur le bureau :

1° Un exemplaire des nouveaux statuts proposés à l'approbation de l'assemblée ;

2° Le rapport de M. Fleury, actuaire, avec un graphique ;

3° La lettre de convocation pour cette assemblée ;

(Ces 3 pièces ont été adressées sous enveloppe, avec en-tête de la Caisse, à tous les membres adhérents) ;

4° Les différentes lettres de membres adhérents adressées soit au Secrétaire général, soit au Trésorier, soit au *Concours médical*, lettres qui ont été étudiées par le Conseil général, et dont le secrétaire général donne les principales indications, idées ou vœux.

M. le secrétaire général lit le rapport suivant :

Rapport de M. le Secrétaire général.

Messieurs et chers Collègues,

Les nombreuses lettres que j'ai reçues comme secrétaire général, lettres déposées sur ce bureau, témoignent de la profonde émotion que le rapport de notre excellent actuaire, M. Fleury, a produite parmi les adhérents. Je n'ai pas besoin d'ajouter que cette émotion, légitime, avait été partagée par votre Comité lorsque M. Fleury lui fit part des résultats auxquels ses calculs avaient abouti. Certes, les membres de votre Comité étaient lésés, comme tous les adhérents, dans leurs intérêts pécuniaires, mais ils étaient surtout attristés par la grande réduction que nous devions vous soumettre, par suite de nos primes trop faibles. Vous aurez à examiner et à voter, dans cette réunion, les propositions discutées et acceptées par votre Conseil général pour établir définitivement notre association sur des bases solides. Et je tiens de suite à m'expliquer sur ce dernier qualificatif. Dans beaucoup de lettres, les adhérents me disent : « Si encore M. l'actuaire nous promettait pour l'avenir une certitude, mais il ne donne rien de sûr. » Je laisse à M. Fleury le soin d'expliquer le sens du paragraphe de son rapport relatif à cette question. Quant à votre Comité, bien qu'il prévût le mauvais effet qu'il devait produire sur votre esprit, il n'a pas voulu demander à son actuaire de le supprimer de son rapport, car il croit que, dorénavant, il ne doit plus exprimer d'opinion qui n'ait été contrôlée par votre actuaire. L'expérience doit au moins nous servir pour l'avenir.

Devant le chiffre croissant de nos encaissements, votre Comité, bien qu'ayant quelques vagues doutes depuis quelques années, par suite des avis venus des actuaires du ministère de l'intérieur, était convaincu que la Caisse devait fournir une longue carrière, et il aurait pu laisser aller les choses tranquillement, car ce n'est que dans une vingtaine d'années que les fissures seraient apparues, et je crois qu'à cette époque, quelques-uns de ses membres n'auraient pas entendu les récriminations légitimes des adhérents qui se seraient trouvés devant une caisse vide.

Aujourd'hui la situation est bien nette : Les calculs de M. l'actuaire, calculs dont il est responsable et que l'on doit considérer comme définitifs, vu la compétence de leur auteur, nous démontrent que nos anciennes primes étaient trop faibles, et quand on pense que les plus graves reproches de ceux qui dans ces derniers temps ont attaqué la caisse, c'est que nos primes étaient beaucoup trop fortes, on peut se demander quels résultats nous aurions obtenus, en admettant, en outre, leur taux de mortalité qui était encore bien plus bas que le nôtre. Nous venons vous dire : Vous avez adopté de nouveaux tarifs, dans l'assemblée générale de 1904 ; ces tarifs vous donneront une retraite de 1200 fr. à 60 ans ; ils sont établis par un homme du métier ; il est nécessaire que ces tarifs soient applicables à tous. Chacun de vous va recevoir une feuille sur laquelle se trouvent relevés tous les renseignements qui peuvent lui être utiles pour passer des anciens tarifs aux nouveaux, ou rester avec les mêmes primes, mais avec une retraite-type de 800 francs. Il pourra donc juger la situation en connaissance de cause. Reste la question des remboursements avec les intérêts ; c'est la plus grave question que nous ayons à débattre et à laquelle je vous prie de vouloir bien apporter la plus grande attention, lors de sa discussion. M. le président vous indiquera tout à l'heure les propositions que le Conseil général a décidé de vous soumettre.

Pour terminer, je rapporterai quelques idées émises dans les lettres : l'un de nous demande l'établissement d'une loterie qui permettrait de parfaire la somme manquante au capital pour laisser les retraites au taux de 1200 francs. Une autre demande le remboursement du capital versé, sans intérêt, et en défalquant même les frais de gestion, d'actuaire, etc., qui ont été faits pour établir notre situation.

Enfin, s'il y a quelques adhérents qui ne sont pas tendres pour les membres du Comité, oubliant que ces derniers sont aussi lésés qu'eux, et qu'en outre, ils ont consacré pas mal de temps à la chose commune, d'autres au contraire comprennent parfaitement que nous avons agi loyalement et sainement en dévoilant le mal dès le début et permettant ainsi de l'enrayer et d'éviter la catastrophe, qui eût atteint les adhérents dans quelques années. Aujourd'hui, l'opération nécessaire faite, la Société n'a qu'à continuer de progresser, avec le même dévouement et la même probité de la part de ceux qui voudront bien consacrer aux intérêts communs, leur temps et leur bonne volonté.

Dr Delefosse.

Monsieur le Président prend la parole :

Messieurs,

Le travail de M. l'actuaire Fleury et les conclusions auxquelles il aboutit sont de nature à inquiéter tous nos adhérents.

Ayant contribué à la création de la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français* et ayant successivement rempli les fonctions de secrétaire général et de président, j'ai le devoir de vous fournir quelques explications et de formuler quelques critiques.

Quand plusieurs membres du « Concours médical » fondèrent la caisse en 1884, ils choisirent, entre plusieurs projets, celui qui leur paraissait, avec ses combinaisons variées, répondre le mieux et le plus complètement aux désirs et aux besoins du corps médical

Le corps médical demandait, à côté de l'œuvre d'assistance réalisée par l'Association générale des médecins de France, la fondation d'une œuvre de prévoyance.

En créant une caisse autonome, au lieu d'engager nos confrères à s'adresser aux diverses compagnies d'assurances qui, de toutes parts, nous sollicitaient, nous avions un double but :

1° Celui d'épargner l'argent de nos confrères, en réduisant au strict nécessaire les dépenses de gestion et, par conséquent, en ramenant au minimum les cotisations réclamées pour obtenir un chiffre de pension déterminé ;

2° D'autre part, la caisse étant constituée à capital aliéné, de donner à ses adhérents cette satisfaction de penser que les réserves résultant des décès survenus avant l'âge de la retraite, iraient intégralement à la collectivité médicale.

Le chiffre des cotisations fut établi sur deux bases essentielles ; le taux de l'argent et la longévité des médecins

En 1884, il était facile d'obtenir, dans des conditions de sécurité absolue, un intérêt supérieur à 4 %.

En ce qui concerne la longévité médicale, les fondateurs pensèrent qu'il était sage d'adopter les tables de mortalité moyenne, bien que ce fût une croyance unanimement acceptée par tous, que les médecins avaient une longévité très inférieure à la longévité moyenne. Une statistique anglaise, par professions, indiquait que seuls les cabaretiers avaient une vie plus courte que les médecins.

Cette application des lois de mortalité moyenne au corps médical fut vivement critiquée, même par les adhérents, et un grand nombre de confrères s'en tirent un argument pour refuser leur adhésion. On nous fit souvent en termes très vifs et parfois discourtois le reproche suivant : comment osez-vous promettre à des médecins une retraite à partir de 60 ans, quand la plupart d'entre eux n'atteignent pas cet âge, et que très rares sont ceux qui le dépassent ; et les plus logiques concluaient : ce n'est pas à 60 ans qu'il faut donner une retraite au médecin, c'est à 55 ans, ou mieux encore à 50 ans. »

C'est en vain qu'on essayait de démontrer à ces critiques qu'on trouvait autour de soi bon nombre de confrères ayant atteint et dépassé la soixantaine; ils s'obstinaient à nier et se détournaient de nous.

Quant à faire comprendre qu'un même capital placé à rente viagère ne peut pas donner à 55 ans, et encore moins à 50 ans, le même revenu qu'à 60, il nous fallut y renoncer, le problème dépassait de beaucoup la capacité mathématique de nos contradicteurs.

Les fondateurs de la caisse persistèrent dans leur résolution, et de leur côté, le plus grand nombre des confrères s'entêtaient dans leur opposition, fondée sur la brièveté de la vie du médecin.

Les événements ont marché ; pendant dix ans les cotisations se sont accumulées dans le portefeuille de la caisse des retraites, et en 1894, quand est venu, conformément aux statuts, le moment de servir les premières pensions, l'avoir de la société s'élevait à la somme de 461,763.80 pour 295 adhérents.

Depuis 1894 la caisse a rempli intégralement ses obligations, c'est-à-dire a servi à ses pensionnés la retraite promise. Je dis « retraite promise » et non pas « retraite assurée », car le contrat qui lie la caisse à ses adhérents n'est pas un contrat ferme comme celui des compagnies d'assurances, et si le chiffre-type de 1200 fr. a été indiqué comme devant résulter du fonctionnement régulier de la caisse, il n'a pas été garanti. La caisse des retraites du corps médical belge nous avait servi de modèle et nous nous étions efforcés de prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter les fluctuations du chiffre des retraites servies par cette caisse, retraites qui, en 1884, avaient déjà varié entre 1200, chiffre primitivement indiqué et 400 fr. par an. Nous avions même pris la précaution essentielle de constituer un capital inaliénable dont le noyau, formé par la totalité des recettes des 10 premières années, devait s'accroître à chaque exercice du quart de l'ensemble des recettes effectuées pendant cet exercice ; les trois autres quarts étaient employés au service des retraites et l'excédent mis en réserve pour parfaire, si besoin était, avec les revenus annuels, ce service des retraites.

Nous avions ainsi prévu que les prélèvements qui pourraient devenir nécessaires sur les cotisations des nouveaux adhérents, pour le service des

pensions à leurs prédécesseurs, seraient compensés largement par l'abandon aux nouveaux du capital inaliénable accumulé par les anciens.

La constitution des Sociétés de Secours Mutuels imposée par la loi de 1898, à laquelle nous avons dû nous soumettre, a complètement bouleversé ce système de garantie, en nous obligeant à réunir toutes nos ressources en une seule bourse mise au service de tous, sans restrictions, ni réserves.

Depuis 1894, le Conseil général de la Caisse des retraites a dû se préoccuper de deux incidents que rien ne pouvait faire prévoir en 1884.

Depuis cette époque, le loyer de l'argent s'est abaissé rapidement et est tombé à 3 % ; les calculs de la première heure étant établis sur le taux de 4 %, les ressources de la Caisse s'en sont trouvées notablement diminuées.

Aussi en 1895, une Assemblée générale décida que les cotisations des nouveaux membres seraient élevées de façon à contrebalancer la diminution du taux de l'intérêt. Les adhérents ont parfaitement compris la situation et accepté les chiffres de cotisation revisés.

La seconde difficulté résulte de ce qu'à la suite d'observations faites chez nous et dans les autres Sociétés professionnelles, il est apparu qu'un très grand nombre de médecins atteignent et dépassent parfois de beaucoup la longévité moyenne, contrairement à la croyance à laquelle je faisais allusion tout à l'heure.

Les premiers résultats d'une enquête en cours parmi les Sociétés affiliées à l'Association générale des médecins de France, indiquent comme âge moyen à la mort le chiffre de 64 ans environ ; M. le docteur Sentex, de Saint-Sever, nous donnera bientôt un chiffre définitif.

Mais, dès à présent, on peut prévoir que ce chiffre sera supérieur à celui de la mortalité moyenne, sans distinction de profession ou de situation sociale.

Peut-être pourrais-je vous faire remarquer que M. Fleury nous propose des chiffres de cotisation à très peu de chose près semblables à ceux que réclament les grandes Compagnies d'assurances.

Or, si nous tenons compte :

Que les Compagnies d'assurances sur la vie ont des frais de gestion considérables ;

Qu'elles accordent à leurs rabatteurs des rémunérations très élevées ;

Qu'elles servent les intérêts d'un capital social très important ;

Alors que nous n'avons que des frais minimes, que nous ne payons pas de commissions, et que nous n'avons pas de capital social.

Nous pourrions demander à M. Fleury des tarifs moins élevés.

Mais, à tout prendre, il vaut mieux accepter des cotisations plus fortes que le strict nécessaire et ne pas nous exposer, dans un délai plus ou moins rapproché, à de nouvelles modifications dans nos barêmes et à troubler ainsi une troisième fois l'esprit de ceux qui s'intéressent à notre œuvre de mutualité.

D'ailleurs, la correction de nos tarifs et les chiffres élevés qui y figureront désormais, vont amener fatalement une transformation de notre caisse.

Au début de cet exposé, je vous ai indiqué que l'un des principes sur lesquels notre caisse avait été fondée était celui de l'aliénation du capital. C'est le principe de la plupart des assurances, garantie d'un risque moyennant le versement d'une prime annuelle.

Ce principe a pour effet et pour avantage aux yeux de l'adhérent de limiter le sacrifice consenti par lui.

Mais si, pour couvrir le risque, le chiffre de la cotisation est proportionnellement élevé, l'assuré a intérêt, moyennant une légère augmentation proportionnelle, à contre-assurer ses primes, c'est-à-dire à obtenir le remboursement du capital engagé, si le risque garanti n'est pas subi dans le délai prévu par la durée du contrat.

En présence des chiffres réclamés par M. Fleury, les nouveaux adhérents, je l'indique ici très nettement, ont le plus grand avantage à adopter le système de la contre-assurance, de façon à assurer à leurs familles le remboursement de toutes leurs cotisations.

C'est donc, je ne saurais trop vous le faire remarquer, une transformation de la Caisse qui, établie sur le principe du capital aliéné, fonctionnera désormais d'après le système de la contre-assurance, lequel, on le comprend aisément, exige de la part de l'adhérent des cotisations notablement plus élevées, justifiées par ce fait qu'il garantit non plus un seul risque, mais deux risques différents et contradictoires.

Sous le bénéfice de ces observations, j'accepte les propositions de M. Fleury, et, si vous le voulez bien, messieurs, après discussion générale, nous étudierons l'une après l'autre les diverses résolutions à indiquer à nos participants pour sortir de la situation actuelle au mieux des intérêts de la Caisse et de ses adhérents.

Après le discours de M. le Président, l'assemblée décide que le rapport de l'actuaire ayant été envoyé à tous les membres de la caisse, il n'en sera pas donné lecture, pour éviter une perte de temps. Mais l'actuaire se déclare prêt à répondre aux différentes questions qui peuvent lui être posées.

Avant même toute question, M. Fleury rappelle la remarque de M. le Secrétaire général sur le *dernier paragraphe de son rapport*. Il regrette que ce paragraphe ait été interprété dans un sens pessimiste qui n'était nullement dans sa pensée. Si des réserves sont toujours nécessaires quand on parle d'un avenir éloigné, dans lequel le taux de l'intérêt, tout particulièrement, peut subir des variations. il réduit ces réserves au minimum et déclare en toute sincérité que si la société accepte la réforme radicale qu'il propose, elle pourra ensuite envisager l'avenir en toute confiance.

Le Dr S. se demande si *les tarifs établis par l'actuaire ne sont pas trop élevés* ; il constate que ces tarifs se rapprochent de ceux des compagnies d'assurances. Par exemple, à l'âge de 40 ans, tandis qu'une compagnie demanderait une prime de 416,28, le tarif A demande une prime de 390 ; il se demande si cette différence n'est pas trop faible.

M. Fleury répond que d'abord les chiffres comparés ne sont pas comparables. La Caisse des pensions et les compagnies d'assurances ne comptent pas l'âge de la même façon, la Caisse des pensions rajeunit en somme d'une année ses nouveaux adhérents, puisqu'elle prend l'âge qu'ils avaient au 1er janvier de l'année de leur adhésion ; de plus, il n'y a pas assimilation entre la rente semestrielle prévue au tarif de la compagnie d'assurances et la rente payable annuellement, en moyenne à l'âge et demi, servie par la caisse des pensions. Si les compagnies comptaient l'âge et servaient la rente comme la Caisse des pensions, elles demanderaient, non pas 416,28, mais 444,34, chiffre qui présente une différence bien plus notable avec 390. M. Fleury est d'ailleurs persuadé que cette différence est tout ce que l'on peut obtenir ; il ne saurait donc rien changer aux chiffres du tableau A. Par contre, puisque l'occasion se présente de parler des tarifs, il signale qu'il désire apporter une petite modification aux cinq ou six premiers droits d'entrée du tableau B, qui, pour des raisons de détail, étaient un peu trop élevés. Cette modification sera faite sur l'impression définitive des statuts.

★

Le Dr S. redemande s'il n'obtiendrait pas des résultats supérieurs en versant ses cotisations à la *Caisse nationale des retraites pour la vieillesse*.

M. Fleury répond que la Caisse nationale des retraites a certainement des tarifs très avantageux, parce que ces tarifs sont calculés au taux de 3 1/2 %, tandis que notre Caisse des pensions ne peut tirer de ses placements que 3 % environ. Par contre, la table de mortalité de la Caisse nationale est moins rapide que celle qui a été employée pour les tarifs présentés par lui. La Caisse nationale des retraites a en outre un inconvénient sur lequel il faut appeler l'attention, c'est qu'elle ne garantit nullement l'application de son tarif pour les versements futurs.

Le Dr B. demande quelle est la *vie moyenne* d'un homme parvenu à l'âge de 60 ans. L'actuaire fait connaître que, suivant les tables, cette durée varie entre 12 3/4 et 15 1/4. La table de la Caisse nationale des retraites donne 14,673 ; la table Hm, employée pour les tarifs, donne 13,808.

Le Dr L. demande si les *placements de fonds* ne pourraient être faits en fonds d'états étrangers, rapportant un plus gros intérêt. Le secrétaire général répond que ce genre de placements est interdit par la loi mutuelle.

Le Dr S. déjà retraité, et âgé de 66 ans, demande s'il ne pourrait pas, lui aussi, en abandonnant pendant quelques années sa rente, retrouver sa retraite primitive ou un chiffre voisin. L'actuaire lui donne satisfaction en annonçant qu'un tableau permettant de traiter son cas et les cas analogues sera inséré après le compte rendu de la séance.

Le Dr L. fait remarquer que les adhérents de la combinaison C, do l'Amicale, âgés de 50 ans, ont à payer d'après le tableau D une cotisation de 428 fr. tandis qu'au même âge, pour la même durée à courir, 15 ans, le tableau A demande 452 fr. Les membres de l'Amicale sont-ils donc favorisés ?

L'actuaire rassure à ce sujet le Dr L. ; les cotisations des membres de l'Amicale et celles de la Caisse des pensions sont bien calculées sur les mêmes bases ; mais l'Amicale et la Caisse des pensions décomptent l'âge de deux manières différentes, et c'est à cela qu'est dû l'écart apparent.

Le Dr R. ne comprend pas les indications portées sur la *fiche personnelle* qui lui a été remise. L'actuaire lui demande d'abord de la lire très attentivement. Puis, il lui explique que numéro, date de naissance, âge au 1er janvier 1904, prime annuelle actuellement payée, et nombre de primes restant à payer, sont des indications qu'il devait déjà connaître, et qui sont reproduites là pour qu'il puisse vérifier qu'il n'y a pas d'erreur. Par exemple, à la ligne 6, nombre de primes restant à payer, il y a le nombre 13 ; cela veut dire que le Dr R. a encore à payer 1904, 1905, 1906....1915, 1916. En continuant à verser de cette façon jusqu'à cette date, le Dr R. aura droit à une retraite indiquée à la ligne 4, et qui est de fr. 800. — *Si le Dr R. accepte purement et simplement ce nouveau chiffre, les lignes 7, 8, 9, ne l'intéressent plus.* — Mais s'il veut se constituer en 1917 une retraite de 1200 francs, il faut qu'il verse de quoi ajouter à sa retraite. 400 francs (chiffre porté à la ligne 7). Pour cela il a deux moyens : a) verser en 1905, d'un seul coup, la somme de 2457 *francs* portée à la ligne 8, *ou bien*, b) verser tous les ans, *à partir de* 1905 jusques et y compris 1916, une prime annuelle *supplémentaire* de 264 francs (chiffre porté à la ligne 9).

Il est convenu que chacun des membres de la société recevra une de ces *fiches personnelles*.

Plusieurs adhérents posent différentes questions: 1° sur les placements de fonds; 2° sur la suppression de l'article permettant d'accorder des secours en cas d'incapacité de travail ; 3° sur la situation actuelle des retraités vis-à-vis de la société. M. l'actuaire, M. le secrétaire général et M. le trésorier répondent à ces diverses questions.

La discussion générale close, M. le Président présente les conclusions qui ont été adoptées par le Conseil général :

A partir du 1er janvier 1905, le chiffre type de la retraite, 1200, des anciens adhérents, c'est-à-dire de ceux dont l'entrée est antérieure à la date de l'assemblée générale de 1904, et qui par conséquent n'ont pas été soumis aux nouveaux tarifs votés pour cette assemblée, est abaissée à 800 fr. Les retraites supérieures ou inférieures au type de 1200 fr. sont diminuées dans les mêmes proportions (un tiers.)

En raison de la modification apportée aux statuts et de l'élévation des cotisations, les adhérents ont à choisir entre les diverses résolutions suivantes :

A). — Adhérents non encore retraités.

1° — *Continuer à verser la même cotisation que par le passé, en acceptant la réduction de la rente-type à frs :* 800 *au lieu de* 1200.

2° — *Continuer à verser la même cotisation jusqu'à 60 ans, mais en retardant la date de l'entrée en jouissance de la rente, de façon à obtenir, suivant que ce retard sera de* 1, 2, 3 *ou* 4 *ans :*

à 60 *ans*.........	800 *francs*
à 61 *ans*.........	880 »
à 62 *ans*.........	970 »
à 63 *ans*.........	1075 »
à 64 *ans*.........	1200 »

3°. — *Verser en une seule fois, en* 1905, *la somme portée à la ligne* 8 *de la fiche personnelle, et continuer à verser l'ancienne cotisation annuelle de façon à obtenir la rente de* 1200 *francs à* 60 *ans.*

4° — *Payer jusqu'à l'âge de la retraite une nouvelle cotisation spécialement calculée pour chaque adhérent, de façon à obtenir la rente de* 1200 *fr. à* 60 *ans, (voir les fiches personnelles, somme des primes portées ligne* 9 *et ligne* 5.)

5° — *Démissionner en retirant la totalité des cotisations déjà versées, capitalisées à* 2 0/0.

(B). — Adhérents retraités.

1° — *Accepter la réduction de leur retraite dans la proportion indiquée par l'actuaire* (800 *fr. au lieu de* 1200).

2° — *Démissionner en retirant la totalité des primes versées, capitalisées à* 2 %, *diminuée des sommes touchées déjà à titre de retraite, également capitalisées.*

Chaque adhérent est en droit de choisir celle des sept combinaisons ci-dessus indiquées qui lui convient le mieux et est prié d'en aviser le plus promptement possible le Secrétaire Général et le Trésorier

de la Caisse. **Passé le premier janvier, tout adhérent qui n'aura pas fait connaître sa décision sera considéré comme acceptant la réduction de la retraite.**

Les remboursements seront faits par le trésorier à partir du 15 janvier 1905, sur simple demande et par chèque.

M. le trésorier est autorisé à vendre les valeurs qui seront nécessaires pour faire face à ces remboursements, s'il y a lieu.

Les clauses relatives aux anciens adhérents seront insérées, à titre d'annexe, dans la brochure contenant les nouveaux statuts.

Le Trésorier et le Secrétaire général se tiennent à la disposition des membres adhérents pour les éclairer sur leur situation personnelle et leur fournir tous les renseignements complémentaires.

M. le Président passe ensuite à l'examen des nouveaux statuts : ceux-ci, qui sont la reproduction des anciens dans leurs parties principales, sont adoptés. Sur la proposition du Conseil général, l'article 8 des nouveaux statuts proposés est ainsi modifié :

Art. 8. — Pour être admis à participer à la Caisse des pensions de retraite, il faut fournir la preuve qu'on appartient au Corps médical du pays, à l'Association générale des médecins de France et prendre un engagement conformément au modèle ci-après.

L'admission des adhérents est prononcée par le Comité Directeur.

Art. 11. — La première combinaison donne droit à la retraite à partir de l'âge de 60 ans.

La seconde combinaison donne droit à la retraite à partir de l'âge de 65 ans. Elle est réservée aux membres de l'Association amicale des médecins français adhérents à la combinaison C de cette Société. La Caisse des pensions de retraites du Corps médical français accepte de faire le service de ces pensions, étant entendu que l'Association amicale lui versera les cotisations correspondantes.

M. Paul Petit demande, à la fin de la séance, qu'une propagande plus active soit faite en faveur de la Caisse ; que les médecins très au courant de la question veulent bien faire des conférences dans les sociétés d'arrondissement de Paris et dans les sociétés locales départementales. Ce vœu est approuvé.

Le Président, Dr Lande. — *Le Secrétaire général,* Dr Delefosse.

STATUTS

CHAPITRE Ier

Société, son but, son siège.

Art. Ier. — Il est institué à Paris, sous la forme de *Société de Secours Mutuels approuvée*, une Caisse de Pensions de Retraite du Corps médical français pour les docteurs, médecins et officiers de santé, de nationalité française, légalement autorisés à exercer leur profession en France.

La Société accepte des membres honoraires qui peuvent devenir adhérents, s'ils sont médecins.

Art. 2. — La Caisse des Pensions de Retraite du Corps Médical français sert à ses adhérents, à partir de 60 ans d'âge et après une participation minima de quinze années, une pension annuelle et viagère dont le chiffre type est de 1200 francs.

Art. 3. — Les femmes des médecins faisant partie de la Société sont assimilées aux médecins et peuvent être admises aux mêmes conditions, diplôme excepté, pour jouir des mêmes droits et des mêmes avantages.

Art. 4. — Toute personne qui aura fait à l'œuvre des dons manuels ou générosités quelconques, sera inscrite avec le titre de *bienfaiteur*, sur une liste qui sera publiée annuellement.

Art. 5. — La durée de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps Médical français est illimitée ainsi que le nombre de ses membres.

Art. 6. — Le siège social de la Caisse est à Paris, *Place Saint-Georges*, n° 22 (9e).

Il pourra être changé sur décision du Conseil général.

Art. 7. — Les discussions religieuses et politiques sont formellement interdites dans les réunions du Bureau et les Assemblées générales.

CHAPITRE II

Sociétaires. — Admission. — Cotisations.

Art. 8. — Pour être admis à participer à la Caisse des Retraites, il faut fournir la preuve qu'on appartient au Corps médical du pays, à l'Association générale des Médecins de France (1), et prendre un engagement, conformément au modèle ci-après. (Voir à la fin des statuts.)

L'admission des adhérents est prononcée par le Comité Directeur.

Art. 9. — La participation à la Caisse n'est définitive qu'après les deux formalités suivantes :

1° Admission par le Comité directeur ;

2° Versement de la première prime.

Un *diplôme* est délivré à tout adhérent, diplôme qui constitue le titre de l'adhérent comme membre participant à la Caisse.

Art. 10. — Deux combinaisons sont offertes aux adhérents :

Dans la première, la retraite est servie à 60 ans ;

Dans la seconde, la retraite est servie à 65 ans.

Art. 11. — Les participants de la Caisse des Pensions de retraite du Corps Médical français paient annuellement des cotisations indiquées par les tableaux ci-contre, suivant leur âge et suivant la combinaison et le mode de versement qu'ils auront choisis, à leur entrée dans l'assotion.

La première combinaison donne droit à la retraite à partir de l'âge de 60 ans.

(1) Dans le cas où la Société médicale adhérente à l'Association générale des médecins de France dont fait partie le mari n'admet pas les femmes de médecins, ces dernières devront s'adresser à la Société centrale des médecins de France. De même, s'il n'y a pas de société locale dans le département où exerce le médecin désireux d'entrer dans la Caisse des Retraites du Corps médical français, il n'a qu'à se faire admettre à cette Société centrale.

PREMIÈRE COMBINAISON

TABLEAU A

Prime annuelle à verser pour jouir de la retraite à **soixante** *ans d'âge (entrée au-dessous de 45 ans) ou après 15 ans de participation (entrée après 45 ans).*

AGE d'entrée	PRIMES annuelles.	AGE de retraite	AGE d'entrée	PRIMES annuelles.	AGE de retraite
	Fr.			Fr.	
21	128	60	44	538	60
22	134	60	45	588	60
23	141	60	46	561	61
24	148	60	47	533	62
25	155	60	48	506	63
26	164	60	49	479	64
27	173	60	50	452	65
28	183	60	51	425	66
29	194	60	52	399	67
30	205	60	53	373	68
31	217	60	54	347	69
32	230	60	55	322	70
33	244	60	56	298	71
34	259	60	57	274	72
35	276	60	58	251	73
36	295	60	59	229	74
37	315	60	60	207	75
38	337	60	61	187	76
39	362	60	62	167	77
40	390	60	63	149	78
41	420	60	64	131	79
42	455	60	65	115	80
43	494	60			

TABLEAU B

Somme à payer comme entrée pour jouir de la retraite à **soixante** *ans d'âge (entrée au-dessous de quarante-cinq ans) ou après quinze ans de participation (entrée après quarante-cinq ans) en ne versant plus qu'une annuité de cent cinquante-cinq francs.*

AGE d'entrée	ENTRÉE	AGE de retraite	AGE d'entrée	ENTRÉE	AGE de retraite
	Fr.			Fr.	
26	161	60	46	4389	61
27	330	60	47	4062	62
28	505	60	48	3737	63
29	686	60	49	3417	64
30	875	60	50	3103	65
31	1071	60	51	2793	66
32	1276	60	52	2492	67
33	1483	60	53	2198	68
34	1699	60	54	1914	69
35	1923	60	55	1640	70
36	2156	60	56	1377	71
37	2399	60	57	1127	72
38	2652	60	58	890	73
39	2917	60	59	667	74
40	3193	60	60	460	75
41	3483	60	61	268	76
42	3784	60	62	93	77
43	4101	60	63	»	78
44	4434	60	64	»	79
45	4718	60	65	»	80

La seconde combinaison donne droit à la retraite à partir de l'âge de 65 ans. Elle est réservée aux membres de l'Association amicale des médecins français adhérents à la combinaison C de cette société. La Caisse des pensions de retraites du corps médical français accepte de faire le service de ces pensions, étant entendu que l'Association amicale lui versera les cotisations correspondantes.

Les adhérents à la première combinaison peuvent encore verser une annuité fixe de cent cinquante-cinq francs, quel que soit leur âge d'entrée.

Dans ce cas, ils n'ont droit qu'à une retraite proportionnelle dont le taux est fixé d'après le tableau suivant :

TABLEAU C

Proportion de la retraite exprimée en millièmes obtenue à **soixante** *ans (entrée au-dessous de quarante-cinq ans, ou après quinze ans de participation (entrée après quarante-cinq ans) par les adhérents n'ayant versé, quel que soit leur âge d'entrée dans l'œuvre, que l'annuité type de cent cinquante-cinq fr.*

AGE d'entrée	MILLIÈMES de la retraite totale	VALEUR réelle, la retraite type étant 1200 fr.	AGE de la retraite	AGE d'entrée	MILLIÈMES de la retraite totale	VALEUR réelle, la retraite type étant 1200 fr.	AGE de la retraite
		Fr.				Fr.	
26	945	1134	60	46	277	332	61
27	892	1070	60	47	391	349	62
28	845	1014	60	48	307	368	63
29	799	959	60	49	324	389	64
30	755	906	60	50	344	413	65
31	713	856	60	51	365	438	66
32	672	806	60	52	390	468	67
33	633	760	60	53	417	500	68
34	595	714	60	54	448	538	69
35	558	670	60	55	483	580	70
36	523	628	60	56	526	628	71
37	489	587	60	57	563	682	72
38	456	547	60	58	621	745	73
39	425	510	60	59	682	818	74
40	395	474	60	60	753	904	75
41	366	439	60	61	837	1004	76
42	338	406	60	62	936	1123	77
43	311	373	60	63	»	»	78
44	286	343	60	64	»	»	79
45	264	317	60	65	»	»	80

Les cotisations des tableaux A et B donnent droit à la retraite totale type, mais il est permis aux adhérents de verser 1/2, 1, 1 1/2, 2, 3, 4 fois la cotisation ; ils auront alors droit à 1/2, 1, 1 1/2 2, 3, 4 fois la retraite type.

De même les adhérents qui choisiront le tarif C pourront verser 77 fr. 50, 155, etc., par an, pour obtenir 1/2, 1, 1 1/2, 2, 2 1/2, etc., fois la retraite proportionnelle indiquée par ce tarif, sans pouvoir dépasser toutefois le quadruple de la retraite type.

Tout adhérent peut, à un moment quelconque de sa participation à l'Œuvre, passer de l'un à l'autre de ces tableaux. Sa pension sera calculée d'après le capital total qu'il aura acquis par la capitalisation à 3 % de ses versements successifs, jusqu'au moment de son entrée en jouissance de la retraite.

DEUXIÈME COMBINAISON (1)

TABLEAU D

Prime annuelle à verser pour jouir de la retraite à 65 ans d'âge (entrée au-dessous de cinquante ans).

AGE d'entrée.	PRIME annuelle.	AGE d'entrée.	PRIME annuelle.
	Fr.		Fr.
25	86	38	173
26	90	39	184
27	94	40	197
28	99	41	210
29	104	42	225
30	110	43	241
31	116	44	259
32	122	45	280
33	129	46	302
34	137	47	328
35	145	48	357
36	153	49	390
37	163	50	428

ART. 12. — Les adhérents ont la faculté de contre-assurer leurs primes ; cette contre-assurance ne peut s'appliquer qu'aux primes qui restent à verser au moment où le participant demande à profiter de la contre-assurance.

La contre-assurance assure aux héritiers du sociétaire le remboursement de ses versements, y compris les primes des contre-assurances au cas où il viendrait à décéder avant la date où la retraite lui est acquise, ou lui aurait été acquise s'il avait continué régulièrement ses versements.

Facteur par lequel on doit multiplier une prime annuelle à verser pour contre-assurer cette prime et la prime de contre-assurance elle-même.

Prime payable jusqu'à 60 ans (entrée au-dessous de 45 ans), ou pendant 15 ans (entrée au-dessus de 45 ans).

AGE initial.	NOMBRE de primes à payer.	FACTEUR de contre-assurance	AGE initial.	NOMBRE de primes à payer.	FACTEUR de contre-assurance.
		Fr.			Fr.
21	39	1,252	44	16	1,183
22	38	1,252	45	15	1,176
23	37	1,252	46	15	1,187
24	36	1,251	47	15	1,205
25	35	1,250	48	15	1,222
26	34	1,249	49	15	1,241
27	33	1,248	50	15	1,262
28	32	1,246	51	15	1,285
29	31	1,244	52	15	1,310
30	30	1,242	53	15	1,339
31	29	1,240	54	15	1,371
32	28	1,238	55	15	1,407
33	27	1,235	56	15	1,447
34	26	1,232	57	15	1,492
35	25	1,229	58	15	1,543
36	24	1,226	59	15	1,600
37	23	1,222	60	15	1,665
38	22	1,217	61	15	1,739
39	21	1,213	62	15	1,822
40	20	1,208	63	15	1,920
41	19	1,202	64	15	2,028
42	18	1,196	65	15	2,154
43	17	1.190			

(1) Nous rappelons que cette combinaison est spéciale aux membres de l'Association Amicale des médecins de France.

En cas de décès du sociétaire après cette date, les héritiers perdent tout droit à un remboursement quelconque.

La contre-assurance s'obtient par le versement d'une prime supplémentaire calculée d'après le tableau ci-dessus :

En conséquence les tableaux des primes se trouvent ainsi modifiées :

TABLEAU A'

Primes contre-assurées.

AGE d'entrée	PRIMES contre-assurées	AGE de retraite	AGE d'entrée	PRIMES contre-assurées	AGE de retraite
	Fr.			Fr.	
21	160	60	44	636	60
22	168	60	45	692	60
23	177	60	46	665	61
24	186	60	47	643	62
26	195	60	48	618	63
26	206	60	49	594	64
27	216	60	50	570	65
28	228	60	51	546	66
29	241	60	52	522	67
30	254	60	53	499	68
31	269	60	54	476	69
32	284	60	55	453	70
33	301	60	56	431	71
34	319	60	57	409	72
35	339	60	58	387	73
36	361	60	59	366	74
37	484	60	60	345	75
38	410	60	61	325	76
39	439	60	62	305	77
40	470	60	63	285	78
41	505	60	64	266	79
42	544	60	65	248	80
43	587	60			

TABLEAU B'

Droit d'entrée contre-assuré.

AGE d'entrée.	DROIT d'entrée contre-assuré.	AGE de retraite.	AGE d'entrée.	DROIT d'entrée contre-assuré.	AGE de retraite.
	Fr.			Fr.	
26	206	60	46	5612	61
27	422	60	47	5281	62
28	647	60	48	4948	63
29	880	60	49	4614	64
30	1122	60	50	4281	65
31	1372	60	51	3944	66
32	1636	60	52	3609	67
33	1903	60	53	3271	68
34	2182	60	54	2934	69
35	2470	60	55	2596	70
36	2769	60	56	2256	71
37	3080	60	57	1917	72
38	3403	60	58	1576	73
39	3739	60	59	1234	74
40	4087	60	60	891	75
41	4449	60	61	546	76
42	4821	60	62	200	77
43	5208	60	63	»	78
44	5609	60	64	»	79
45	5940	60	65	»	80

TABLEAU C'

Prime annuelle contre-assurée des tableaux B et C.

AGE d'entrée.	PRIME annuelle contre-assurée.	AGE de retraite.	AGE d'entrée.	PRIME annuelle contre-assurée.	AGE de retraite.
	Fr.			Fr.	
21	194	60	44	184	60
22	194	60	45	183	60
23	194	60	46	184	61
24	194	60	47	187	62
25	194	60	48	190	63
26	194	60	49	193	64
27	194	60	50	196	65
28	194	60	51	200	66
29	193	60	52	203	67
30	193	60	53	208	68
31	193	60	54	213	69
32	192	60	55	218	70
33	192	60	56	225	71
34	191	60	57	232	72
35	191	60	58	240	73
36	190	60	59	248	74
37	190	60	60	258	75
38	189	60	61	270	76
39	188	60	62	283	77
40	188	60	63	298	78
41	187	60	64	315	79
42	186	60	65	334	80
43	185	60			

TABLEAU D'

Primes contre-assurées

AGE d'entrée.	PRIME annuelle.	AGE d'entrée.	PRIME annuelle.
	Fr.		Fr.
25	116	38	233
26	122	39	248
27	128	40	265
28	134	41	282
29	141	42	301
30	149	43	321
31	158	44	343
32	166	45	370
33	175	46	398
34	186	47	430
35	193	48	470
36	207	49	505
37	220	50	530

Facteur par lequel on doit multiplier une prime annuelle à verser pour contre-assurer cette prime et la prime de contre-assurance elle-même.

Prime payable jusqu'à 60 ans.

Ages 46 et au-dessus.

AGE initial.	NOMBRE de primes à payer.	FACTEUR de contre assurance	AGE initial.	NOMBRE de primes à payer.	FACTEUR de contre assurance
46	14	1,168	53	7	1,099
47	13	1,160	54	6	1,087
48	12	1,152	55	5	1,074
49	11	1,14[illegible]	56	4	1,061
50	10	1,132	57	3	1,047
51	9	1,122	58	2	1,032
52	8	1,111	59	1	1,016

ART. 13. — Les cotisations sont exigibles *au premier mars* de chaque année ; elles devront arriver *franco* au Trésorier qui pourra les faire recouvrer à partir de cette date, aux frais des retardataires.

Les adhérents qui en feront la demande au Trésorier pourront se libérer en deux paiements : l'un au 1er mars, l'autre au 1er septembre.

ART. 14. — En cas d'interruption dans le versement de la cotisation, il n'y a pas déchéance pour le participant. Toutefois, sa pension ne pourra, dans aucun cas, être liquidée, s'il n'a pas versé au moins 15 cotisations annuelles.

Si le participant a versé au moins 15 cotisations, au moment où il atteint soixante ou soixante-cinq ans, suivant la combinaison, le Comité Directeur aura mission de calculer la retraite proportionnelle à laquelle ces versements lui donneront droit. Le Comité Directeur sera chargé, en outre, si le participant en fait la demande, d'établir l'arrérage ou la nouvelle annuité qu'il aura à payer jusqu'à un âge déterminé, pour récupérer la retraite totale, mais cet arrérage ne pourra en aucun cas être versé pendant les quatre dernières années avant l'âge de la retraite.

Mais il faudra toujours, pour toucher la retraite, soixante ou soixante-cinq ans d'âge et 15 années au moins de participation effective, c'est-à dire avec un versement régulier de la cotisation.

Sera considéré comme interruption le non-paiement d'une annuité. Un simple retard de moins d'un an entraînerait pour le retardataire l'obligation de payer à la caisse l'intérêt du montant de sa cotisation calculé au taux de 5 %.

ART. 15. — Les femmes des adhérents, faisant partie elles-mêmes de la Caisse, pourront, à la mort de leur mari ou en cas de divorce, choisir entre les combinaisons suivantes :

1° Continuer le versement de leurs primes dans les conditions ordinaires pour toucher leur retraite à partir de 60 ans.

2° Si elles ont déjà versé leurs cotisations sociales pendant quinze ans au moins, cesser le versement de ces cotisations pour jouir à soixante ans d'une retraite réduite en proportion du capital acquis par leurs versements.

3° Si elles n'ont pas encore versé leurs cotisations pendant quinze ans, continuer à verser leurs primes jusqu'à concurrence de la quinzième, pour jouir à soixante ans d'une retraite réduite en proportion du capital acquis par leurs versements.

CHAPITRE III

Retraites. — Remboursements.

ART. 16. — *Le droit à la retraite ne s'ouvre, pour chaque adhérent, qu'après soixante ou soixante-cinq ans d'âge et 15 ans de participation pendant lesquels il aura régulièrement versé ses cotisations sociales.*

Toute augmentation ou diminution du nombre de parts donne lieu, pour la retraite correspondante à ces nouvelles parts, aux obligations indiquées ci-dessus.

ART. 17. — Le droit à la pension est vérifié par le Comité Directeur et confirmé par le Conseil Général.

Art. 18. — La retraite sera servie, aussitôt après la tenue de l'Assemblée générale annuelle statutaire, au pensionné lui-même, ou lui sera adressée, à ses frais, après présentation de son bulletin de naissance, et d'un **certificat de vie** au 1er janvier de l'année courante.

Le certificat de vie doit être renouvelé tous les ans. Il sera établi sur papier libre et signé par le Maire de la Commune où le pensionné aura sa résidence.

Art. 19. — Le remboursement des primes contre-assurées est fait aux ayants droit sur la présentation des pièces justifiant leur qualité d'héritiers.

Ce remboursement comprend la totalité des primes versées pour la retraite et la contre-assurance diminuée d'une somme annuelle de deux francs et un droit fixe de 20 francs pour frais d'administration.

CHAPITRE IV

Administration.

Art. 20. — La Caisse est administrée par un Comité Directeur sous la surveillance d'un Conseil de Censeurs.

Le mandat des membres de ces deux Collèges est gratuit ; il ne leur est alloué que des indemnités de voyage.

Des indemnités variables, selon le développement de l'œuvre, peuvent en outre être attribuées au Trésorier ou au Secrétaire général.

Art. 21. — Le Comité-Directeur est composé de neuf membres, tous participants, sauf les délégués, qui peuvent être participants ou non, savoir :

Un Président ; un Vice-Président ; un Secrétaire général ; un Trésorier ; un Secrétaire des séances ; deux Membres et deux Délégués représentant le Conseil-Général de l'Association Générale des Médecins de France et l'Association amicale des médecins français.

Les membres de ce Comité, sauf les délégués, sont nommés par l'Assemblée générale des participants, au scrutin secret et à la majorité absolue des suffrages, pour le terme de cinq ans. Ils sont toujours rééligibles.

Ils s'assemblent selon les nécessités, mais au moins *une fois par trimestre*, et peuvent délibérer au nombre de quatre membres, après convocation régulière de tout le Comité.

Nul ne peut être élu membre du Comité Directeur, s'il ne jouit de ses droits civiques.

Sera réputé démissionnaire du Comité tout membre de ce Collège qui, sans motif valable, aura manqué à trois séances consécutives.

Art. 22. — Le Comité Directeur représente la Société vis-à-vis des tiers. En cas de besoin, il peut déléguer tel pouvoir ou telle fonction qu'il sera nécessaire, pour les intérêts de l'Œuvre, à l'un de ses membres ou à l'un des Censeurs, ou même à un adhérent ; mais, dans ce dernier cas, le choix devra être ratifié par le Conseil général.

Le Comité Directeur fixe seul l'emploi des fonds disponibles et décide tous ordres d'achat, de vente ou de paiement. Il contrôle les opérations du Trésorier, arrête la liste des pensionnaires et fixe le quantième des pensions de chacun d'eux et présente sur sa gestion un rapport à l'Assemblée générale annuelle.

Dans toutes les délibérations du Comité Directeur, en cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Les procès-verbaux du Comité Directeur sont transcrits sur un registre spécial et signés par le Président et le Secrétaire du comité.

Art. 23. — Le Président du Comité Directeur adresse à l'autorité compétente, à la fin de chaque exercice, le compte rendu moral et financier de la Société, et fait connaître les changements qui peuvent se produire dans la composition du Bureau.

Art. 24. — Le Conseil des Censeurs est composé de neuf membres, tous participants, dont quatre au moins pour les départements.

Il choisit, dans son sein, un Président, un Vice-Président et un Secrétaire.

Les Censeurs sont nommés par l'Assemblée Générale des participants, au scrutin secret et à la majorité absolue des suffrages, pour le terme de trois ans. Le renouvellement s'opère tous les ans par tiers. Les membres sortants sont immédiatement rééligibles.

En cas de décès ou de démission d'un Censeur, il est pourvu à son remplacement dans la prochaine Assemblée Générale des participants, mais le membre nommé achève seulement le temps du Censeur décédé ou démissionnaire.

Art. 25. — Le Conseil des Censeurs se réunit au moins une fois l'an. Il peut être convoqué plus souvent par son Président, assisté du Secrétaire, ou par le Comité Directeur.

Le Conseil des Censeurs contrôle la gestion du Comité Directeur : à cet effet, il peut demander, à un moment quelconque, un exposé de la situation financière de la Caisse et doit présenter à l'Assemblée Générale un rapport sur cette gestion.

Le Conseil des Censeurs peut délibérer au nombre de trois membres. Les résolutions sont prises à la majorité absolue des suffrages.

Les procès-verbaux des séances du Conseil des Censeurs sont transcrits sur un registre spécial et signés par le Président et le Secrétaire.

Art. 26. — Le Comité Directeur et le Conseil des Censeurs réunis forment le Conseil général de l'Œuvre. Le Conseil Général s'assemble au moins une fois par an, sur la convocation du Président du Comité Directeur, le Bureau de ce Comité faisant fonction de Bureau du Conseil général.

Le Conseil général statue sur toutes les interprétations des statuts, sur les contestations en matière de pensions, de cotisations, etc. ; sur les cas d'exclusion et en général sur toutes les questions personnelles qu'il y aurait inconvénient à soumettre à l'Assemblée générale.

Pour que le Conseil général puisse délibérer, il faut, au moins, la présence de sept membres. Les décisions sont prises à la majorité absolue des suffrages; en cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Les décisions du Conseil général sont actées immédiatement et signées par les deux Présidents, le Secrétaire Général et le Secrétaire du Comité des Censeurs.

Les adhérents s'obligent à recourir à l'arbi-

trage du Conseil général, avant de s'adresser à toute autre juridiction.

CHAPITRE V

Assemblée générale.

Art. 27. — Une Assemblée générale des participants a lieu, chaque année, à Paris ; elle est provoquée et présidée par le Comité Directeur.

Pour des causes graves et urgentes, le Comité Directeur pourra convoquer une Assemblée générale extraordinaire.

D'une façon générale, toutes les convocations doivent être adressées aux intéressés dix jours au moins avant la date de la réunion qui en fait l'objet.

Les adhérents qui se trouvent empêchés d'assister à la réunion peuvent déléguer leurs pouvoirs par écrit à des membres participants devant assister à la séance (ces délégations doivent être remises au bureau sur papier ordinaire).

Aucun assistant ne peut être porteur de plus de deux délégations nominales.

Art. 28. — L'Assemblée générale nomme au scrutin secret les membres du Comité Directeur et des Censeurs ; elle entend les rapports annuels du Comité Directeur et du Conseil des censeurs ; elle approuve les comptes du Trésorier et décide d'une façon souveraine toutes les questions non prévues par les Statuts.

Les décisions de l'Assemblée générale sont prises à la simple majorité des membres votants, sauf en cas de modifications aux Statuts. Celles-ci doivent, après avoir figuré à l'ordre du jour, rallier les suffrages des trois quarts au moins des membres présents. Dans aucun cas, ces modifications ne pourront porter atteinte aux principes fondamentaux de la Caisse.

Aucune mention ne sera mise dans l'ordre du jour ou discutée si elle n'a pas été formulée par écrit, signée par dix adhérents et communiquée au Président et au Secrétaire général du Comité Directeur un mois au moins avant l'Assemblée générale.

CHAPITRE VI

Comptabilité et Contrôle.

Art. 29. — Les fonds de la Société sont déposés dans une caisse publique désignée par le Conseil général.

Le Trésorier ne devra laisser en compte-courant, libre et sans emploi, que la somme nécessaire aux besoins du service courant. Les autres sommes devront être immédiatement placées en valeurs françaises de tout repos, telles que fonds d'Etat français, obligations foncières garanties par l'Etat, obligations du Crédit Foncier de France, emprunts de villes françaises ou dans des placements conformes à ceux autorisés par la loi du 1er avril 1898.

Art. 30. — Le Trésorier effectue les recettes, paiements, dépôts, placements de fonds sous sa responsabilité conformément aux décisions du Comité Directeur.

Il peut effectuer de même le retrait des fonds déposés ainsi que des sommes produites par l'intérêt des valeurs.

Mais le retrait des titres déposés et leur vente ne peuvent être effectués que sur la signature de trois membres du Bureau : celles du Trésorier et de deux membres spécialement délégués à cet effet.

Art. 31. — Les valeurs seront établies en titres nominatifs, *au nom de la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français*, ou déposées à la Banque de France. L'aliénation de ces valeurs ou leur retrait ne pourra s'effectuer qu'après une délibération spéciale du Comité Directeur et sur le reçu du Trésorier et des deux membres du Comité délégués auprès de lui.

Art. 32. — A chaque réunion du Comité Directeur, le Trésorier fournit un état de la Caisse, de l'avoir social et de la situation des Sociétaires.

Art. 33. — Conformément à la loi (art. 23), il sera fait un inventaire tous les 5 ans.

CHAPITRE VII

Dissolution.

Art. 34. — La dissolution de la Société ne peut être prononcée que par une Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, à la majorité des trois quarts des membres présents.

CHAPITRE VIII

Caisse auxiliaire.

Art. 35. — Une Caisse spéciale, dite *Caisse Auxiliaire*, sera annexée à la Caisse des Pensions de Retraite du Corps Médical français ; elle sera alimentée par toutes les recettes extraordinaires, telles que dons manuels, abandons de pensions, etc., sans destination spéciale.

Art. 36. — La Caisse auxiliaire sera administrée exclusivement par le Comité Directeur qui devra rendre compte au Conseil des Censeurs et à l'Assemblée générale de l'emploi de ces fonds, lesquels sont réservés à tous emplois utiles à l'Œuvre ou à ses adhérents, en dehors du Service des Pensions.

Voir art. 25 de la loi du 1er avril 1898.

LA SEMAINE MÉDICALE

Retards de la première dentition chez les rachitiques.

D'après M. le Dr Georges Labbley, dans sa thèse, la plupart du temps, c'est au rachitisme qu'il faut attribuer les retards de dentition.

Le retard est assez variable suivant les sujets ; mais d'une manière générale, semble en rapport avec l'intensité du rachistime. Par le traitement, l'évolution dentaire du rachitique d'abord retardée, tend peu à peu à se rapprocher de l'évolution dentaire normale. Les retardés sont plus nombreux chez les enfants allaités artificiellement sans doute parce que les rachitiques sont plus nombreux parmi eux. La cause principale de ce trouble, semble être dans le fait que le follicule dentaire ne trouve pas dans l'économie de l'enfant rachitique, les matériaux calcaires suffisants pour son développement.

Ce trouble serait alors un phénomène analogue au retard de soudure des fontanelles. Les lésions du côté du maxillaire ne semblent jouer

qu'un rôle secondaire. Il est nécessaire de penser au rachitisme, toutes les fois que, chez un enfant, on verra un retard quelconque dans l'apparition d'une ou de plusieurs dents. Le traitement est un traitement symptomatique, et n'est autre que celui du rachitisme.

L'analgésie médullaire en gynécologie, et en obstétrique.

Stolz a expérimenté l'analgésie médullaire dans 155 interventions gynécologiques, et dans 25 opérations obstétricales. Il employait la tropa-cocaïne, à la dose de 0,04 à 0,08 centigrammes, qu'il dissolvait dans le liquide cérébro-spinal, r etiré par la ponction, à raison d'un centigramme de médicament par centimètre cube de liquide. L'aiguille était enfoncée entre les 4e et 5e vertèbres lombaires.

Cette méthode parut toujours excellente dans les interventions sur le périnée, dans les fistules, et les opérations paravaginales. Des ablations d'utérus cancéreux par la voie vaginale, des extirpations totales par la voie abdominale, avec excision des ganglions lymphatiques et du tissu cellulaire du bassin, furent entreprises sous l'analgésie médullaire ; cependant, dans les cœliotomies les résultats furent incertains, et il fallut recourir à la narcose par inhalation. Stolz n'observa qu'à un faible degré les accidents signalés par les autres auteurs.

Pour les 25 observations obstétricales (forceps, version, délivrance artificielle, etc.) il suffit le plus souvent de 0,05 centigrammes de tropa-cocaïne ; dans 21 cas l'analgésie fut complète ; jamais elle ne fut insuffisante. (*Arch. f. Gynécologie*, II, 3, 1904.)

MÉDECINE PRATIQUE

De la nécessité de l'analyse clinique des urines de tous les malades.

Lorsqu'un médecin est consulté par un malade, si, par hasard, le médecin a omis d'examiner la langue et de tâter le pouls, le malade navré prétend qu'on ne l'a même pas regardé.

Sans vouloir nier l'importance de ce double examen, qui évidemment s'impose toujours, nous disons, nous médecin, que nul médecin ne devrait entreprendre le moindre traitement sans faire prendre la température, et sans pratiquer une analyse clinique des urines. Déjà, l'an dernier, nous avons consacré un article à l'importance de la thermométrie clinique : nous insisterons cette fois sur l'intérêt capital que présente l'analyse même sommaire des urines.

I

Nécessité de cette analyse.

Les exemples de la nécessité de cette analyse abondent dans la pratique. Que l'on nous permette d'en citer quelques-uns, pour convaincre les sceptiques ou les indifférents. Un malade se présente avec des troubles digestifs, de la céphalée, des accès d'étouffement, un peu de faiblesse générale et des somnolences passagères, c'est un embarras gastrique, dira-t-on ! Demandez de l'urine, chauffez en 15 cc. dans un tube à essai et ajoutez quelques gouttes d'acide acétique : un précipité d'albumine se forme-t-il ? tout change, diagnostic et pronostic, c'est une néphrite chronique latente ou c'est une maladie infectieuse grave qui débute. Au lieu d'albumine, constate-t-on la présence du sucre, par l'ébullition de l'urine avec de la liqueur de Fehling ? C'est un diabète glycosurique resté insoupçonné jusque-là et qui commence à se manifester. La découverte, — car c'en est une — a le double avantage de permettre d'instituer une thérapeutique utile, et de faire aussitôt une belle réputation au médecin. C'était cependant bien simple ; il suffisait d'y penser.

Autre exemple. Un enfant a une série d'éruptions prurigineuses, urticaire, acné, prurigo, etc. accompagnées de troubles passagers du fonctionnement gastro-intestinal, vomissements, diarrhée, inappétence, somnolence ; ce sont des troubles dyspeptiques, dit-on ; il faut instituer un régime alimentaire spécial, administrer des purgatifs et employer des lotions, bains et pommades.

Analysez l'urine par la chaleur et l'acide acétique, peut-être trouverez-vous de l'albumine et alors, changement à vue.

Une des maladies les plus bénignes, en apparence, la varicelle, donne parfois lieu à de l'albuminurie. C'est une surprise désagréable que l'on ne doit pas craindre de chercher à dépister afin d'éviter toute catastrophe ultérieure.

Au lieu d'hésiter à faire un examen d'urine, soit par manque de temps, soit par mauvaise volonté, ne perdons jamais de vue les immenses bénéfices que l'on peut retirer de cet examen. Le petit incident sanitaire, la légère maladie qui amène le patient à nous consulter, nous fournit une admirable occasion de nous rendre compte de la qualité de l'urine et *de saisir ainsi à temps un* début d'albuminurie ou de diabète.

La circonstance de la vie où l'analyse de l'urine s'impose le plus au médecin, c'est la grossesse : il est absolument indispensable de pratiquer au moins tous les mois l'analyse clinique de l'urine de toute femme enceinte, qu'elle soit primipare ou multipare, qu'elle ait toujours eu d'excellentes couches ou non : le nombre des existences que l'on peut sauver ainsi est au-dessus de toute imagination. Il est si simple d'exiger que toute personne enceinte apporte chaque mois une cinquantaine de grammes de son urine à analyser ! Ce serait la plus infaillible façon d'enrayer l'albuminurie des femmes grosses et l'éclampsie des femmes en travail. Les accouchements prématurés et surtout la mort du fœtus seraient réduits au minimum et l'on n'aurait plus ces effroyables tableaux des crises convulsives épileptiformes et tétaniformes des malheureuses accouchées. Rien, absolument rien, ne peut mettre le médecin ou la sage-femme sur la voie du diagnostic exact de l'albuminurie gravidique. Seule, l'analyse de l'urine lève tous les doutes. Pourquoi s'en abstient-on encore si souvent ? Quelle coupable apathie ! Quelle insigne négligence !

Et les phthisies séniles ! et les furonculoses, les anthrax, les gangrènes subites des personnes au retour d'âge ! qu'est-ce, la plupart du temps ? sinon des manifestations du diabète sucré, qu'on aurait découvert plus tôt, si on avait PENSÉ A ANALYSER L'URINE. De grâce, chers lecteurs, laissez-vous convaincre, et qu'aucun malade, ou aucun

candidat à quelqu'emploi, à quelqu'assurance que ce soit, ne sorte de vos mains, sans que vous ayez au moins analysé cliniquement son urine.

II

L'ANALYSE CLINIQUE DE L'URINE.

Quand nous insistons tant pour que l'urine de chaque sujet soit analysée, est ce à dire que nous réclamons une véritable analyse? Non, ce que nous demandons, c'est un examen rapide, pratique et suffisamment précis que tout le monde peut exécuter, comme une prise de température, un palper de pouls ou une inspection de la langue Pour analyser cliniquement une urine, point n'est besoin de faire recueillir l'urine des vingt-quatre heures ni de faire conserver l'urine du soir ou du matin. Au moment même de l'examen, extemporanément, priez le malade d'émettre un peu d'urine, quelques centimètres cubes, et servez-vous immédiatement de cet échantillon. La première opération à faire, c'est de tremper dans cette urine fraîche un fragment de papier de tournesol bleu : ce dernier doit normalement virer au rose ou au rouge, l'urine étant normalement ACIDE. Au cas où le papier resterait bleu, il faut tremper un autre papier, mais cette fois, un rouge, pour se rendre compte si la coloration rouge ne tourne pas au bleu, ce qui indiquerait l'alcalinité anormale de l'urine (fermentation ammoniacale intra-vésicale, ou excès de boissons alcalines, Vichy, Vals, etc.)

La seconde opération consiste à verser douze, quinze ou vingt centimètres cubes de l'urine dans un tube à essai en verre que l'on doit toujours avoir sous la main, et à chauffer la moitié supérieure de la colonne d'urine contenue dans le tube, en tenant le sus-dit tube par le fond et en inclinant obliquement ce tube dans la flamme d'une lampe à alcool, d'un bec de gaz Bunsen ou d'un fourneau à gaz. En 2 minutes, l'ébullition se produit ; la moitié d'urine bouillante flotte au-dessus de la moitié froide en contact avec le fond et peut ainsi aisément être comparée d'un coup d'œil, à l'urine naturelle, non chauffée. La différence saute immédiatement aux yeux si elle existe : L'urine chauffée restant limpide comme l'urine froide, il n'y a pas d'albumine. Au contraire, l'urine chauffée est trouble et présente en suspension des flocons nuageux, ou même un dépôt blanchâtre plus ou moins épais. En ce cas, le trouble peut être produit par des phosphates, des carbonates ou des urates insolubles sans un léger excès d'acide. On ajoute alors QUATRE ou CINQ gouttes (pas plus) d'acide acétique cristallisable ou simplement de bon vinaigre, et l'on se garde bien de remuer. L'acide dissout-il le trouble ? C'étaient des phosphates, carbonates ou urates ; ne le dissout-il pas et, au contraire, l'augmente-t-il un peu ? C'est de l'albumine incontestablement. Mais, si le trouble est à peine perceptible, et ne peut vraiment être noté qu'en comparant la couche d'urine chauffée à la couche froide par transparence, devant un fond noir, comme le manche d'un paletot sombre, par exemple, il s'agit peut-être de quelques centigrammes d'albumine ou même de mucine. Au contraire, si le trouble est floconneux, caillebotté, cela indique une proportion considérable d'albumine (plusieurs grammes par litre). L'habitude qu'on acquiert vite permet au médecin qui pratique ce simple examen clinique de dire approximativement la dose d'albumine que contient l'urine, rien que par le plus ou moins d'opacité du précipité acide, et de se rendre compte si l'état s'est aggravé ou, au contraire, amélioré.

Après cet examen sommaire clinique ABSOLUMENT SUFFISANT POUR LA PRATIQUE, on peut, si l'on y tient, faire contrôler les résultats par l'albuminomètre d'Esbach ou par l'analyse quantitative avec pesées, chez le pharmacien. Mais, nous ne conseillons jamais, pour s'éviter une bien minime peine, de faire recueillir les urines par le malade pour les porter à analyser au pharmacien, sans avoir établi soi-même un premier jalon par l'examen dans le tube à essai.

Pour notre part, nous n'avons jamais commis d'erreur par le procédé ultra élémentaire du tube à essai chauffé et additionné d'acide.

La seule cause d'erreur, qui, d'ailleurs, existe aussi bien pour le pharmacien, c'est la présence du sang dans l'urine des femmes au moment des règles ; un peu d'attention et surtout, un peu de patience, suffisent pour éviter cet écueil.

La recherche du sucre se fait dans l'urine aussi facilement que la recherche de l'albumine. Si l'on n'a pas à sa disposition de liqueur de Fehling ou de Barreswil, on obtient d'excellents résultats par l'emploi des pastilles comprimées de potasse caustique et des pastilles comprimées de Fehling, que l'on trouve facilement dans le commerce. Dans un tube à essai, on verse 20 cc. environ d'eau pure distillée à laquelle on ajoute 1 comprimé de potasse et 1 comprimé de Fehling ; on fait bouillir le tout sur une lampe à alcool ou sur un Bunsen.

La solution se fait rapidement et prend une coloration franchement bleue (bleu clair).

On ajoute alors goutte par goutte environ dix centimètres cubes d'urine pure filtrée et absolument indemne d'albumine. On chauffe de nouveau le mélange, et s'il y a du sucre, le précipité rouge cuivreux ne tarde pas à se produire. L'intensité de la teinte et la rapidité de la production du précipité sont autant de facteurs qui permettent à l'œil exercé d'estimer approximativement la teneur de l'urine en sucre.

Si l'on préfère employer la liqueur de Fehling en nature, on chauffe à ébullition dans le tube à essai cinq centim. cubes de liqueur, puis on y ajoute cinq centim. cubes d'urine pure quand la liqueur bleue bout Le précipité rouge cuivre se produit aussitôt, s'il y a du sucre.

Ces diverses petites manipulations sont peu longues et peu coûteuses et, en clinique, elles sont plus que largement suffisantes pour établir un diagnostic, un pronostic et un traitement approprié. Evidemment, les analyses plus complètes sont utiles pour renseigner le malade comme le médecin sur les résultats obtenus par les régimes et les traitements Mais l'examen que nous venons de détailler est du ressort du praticien sans qu'il y ait besoin d'outillage, de temps, et de calculs ; ce n'est pas du laboratoire, c'est de la pratique courante, c'est de la nécessité clinique, sans laquelle on est constamment exposé à des erreurs grossières de diagnostic. Un médecin sérieux ne saurait l'omettre.

Dr Paul HUGUENIN.

JURISPRUDENCE DU SOU MÉDICAL

Tribunal de paix de Périgueux 10 février 1903

(M. Emile Riom, juge de paix)

L'action du médecin contre le chef d'entreprise en paiement des honoraires pour soins donnés à un ouvrier blessé dans son travail, est de la compétence du tribunal de paix du lieu de l'accident, par application de l'article 15 de la loi du 9 avril 1898 à quelque chiffre que la demande puisse s'élever.

Dr D... contre Compagnie des Chemins de fer de Paris-Orléans.

Attendu que le Dr réclame à la Compagnie des Chemins de fer de Paris-Orléans la somme de 289 fr. pour consultations données, pansements, cautérisations profondes de l'œil et injections sous-conjonctivales faites au sieur B..., victime d'un accident du travail pendant qu'il était au service de la dite Compagnie ;

Attendu que celle-ci oppose à cette demande un déclinatoire d'incompétence prétendant que n'ayant pu contrôler ni les soins donnés par le Dr D... à B..., ni le nombre de ses visites, il n'existait aucun lien de droit entre le médecin librement choisi par la victime et le chef d'entreprise ; qu'en conséquence elle concluait à l'incompétence du Tribunal de Paix et à la condamnation du Dr D... aux dépens;

Attendu que le Dr D... a répliqué que la Cie d'Orléans ne pouvait sérieusement soutenir qu'elle n'avait pu contrôler les soins qu'il avait donnés à son ouvrier B..., ni prétendre qu'il n'existait aucun lien de droit entre elle et lui, puisqu'il était constant qu'elle avait fait contrôler plusieurs fois par son propre médecin, le Dr C..., pendant la période des soins donnés à B..., l'état de l'œil de ce dernier et que de plus elle avait de son propre mouvement offert de payer au Dr D... la somme de 111 fr. 70 pour le désintéresser de ses soins;

Attendu que ces faits ayant été reconnus exacts par le mandataire de la Compagnie Paris-Orléans, il en a été donné acte aux parties ;

Sur le déclinatoire,

En droit :

Attendu qu'aux termes de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, le chef d'entreprise doit supporter les frais médicaux donnés à son ouvrier victime d'un accident du travail ;

Attendu que cette obligation est la même, que le patron ait choisi le médecin qui donne ses soins à l'ouvrier ou que celui-ci ait fait choix d'un médecin, auquel il aurait eu une confiance plus grande ; que le principe de l'obligation ne change pas, mais que l'étendue seule de cette obligation est limitée pour éviter des abus ;

Attendu que l'action qui dérive de cette obligation du chef d'entreprise a le même caractère que l'obligation elle-même, qu'elle est donc soumise à la compétence en dernier ressort du Juge de Paix aux termes de l'art. 15 de la loi du 9 avril 1898 ;

Attendu dès lors que devant être soumise à la même juridiction, il importe peu que l'action soit intentée directement contre le chef d'entreprise ou contre l'ouvrier qui a choisi son médecin, puisqu'en définitive, c'est le chef d'entreprise qui doit payer les frais médicaux ;

Qu'il en résulte donc que le médecin peut à son gré assigner en paiement de ses honoraires, soit la compagnie, qui en est finalement débitrice, soit l'ouvrier lui-même qui aura le droit d'appeler à sa garantie la Compagnie au service de laquelle il a été blessé ;

Attendu, du reste, que l'action directe du médecin contre le chef d'industrie, en dehors même des prescriptions de la loi du 9 avril 1898 trouve sa justification dans l'art. 1166 du code civil, qui permet au créancier d'exercer tous les droits et actions de son débiteur ;

Attendu que si le contraire pouvait être admis on arriverait à ce résultat bizarre, que lorsqu'il voudrait se faire payer par l'ouvrier victime de l'accident qui l'aurait choisi, le médecin, suivant le quantum de ses honoraires, serait obligé de porter son action contre l'ouvrier soit devant le juge de Paix, soit devant le Tribunal Civil, qui ne pourrait statuer que lorsque le Juge de Paix aurait été saisi lui-même de cette action pour fixer la somme jusqu'à concurrence de laquelle le chef d'entreprise serait tenu (art. 4 de la loi du 9 avril 1898) ;

Attendu que cette double procédure n'a point été édictée par le législateur, qui a pris soin, au contraire, de décider dans son article 15 que les contestations entre les victimes et les chefs d'entreprises, relatives aux frais médicaux, seraient jugées en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit à quelque chiffre que la demande puisse s'élever ;

Attendu que ce qu'a voulu le législateur, c'est assurer immédiatement à l'ouvrier blessé le secours du médecin et ce but ne peut être pleinement atteint que si le médecin est garanti par un recours direct contre le chef d'industrie,

Attendu enfin que ce lien de droit discuté par la Compagnie d'Orléans à défaut des motifs expliqués plus haut se trouverait établi par des raisons de fait ;

Qu'il y a lieu, en effet, de rappeler que la Compagnie d'Orléans a fait contrôler par le Dr Ch..., les soins donnés à B... par le Dr D... et que de plus comprenant la responsabilité qui pesait sur elle, au sujet du paiement des frais médicaux réclamés par ce dernier, en vertu des prescriptions formelles de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, elle a fait offrir au Dr D... pour le payer de ses honoraires et de ses soins, la somme de 111 fr. 70.

Attendu dès lors, qu'à quelque point de vue auquel on se place, le déclinatoire d'incompétence soulevé par la Compagnie d'Orléans ne saurait être accepté, qu'il convient donc de rejeter le déclinatoire, de nous déclarer compétent pour statuer sur la demande qui nous est soumise, d'ordonner qu'il sera plaidé au fond et de la condamner aux dépens de l'incident;

Par ces motifs :

Nous, Juge de Paix, statuant en premier ressort : Donnons acte à la Compagnie d'Orléans de ce qu'elle reconnaît avoir fait examiner B... par le Dr Ch... pendant qu'il était soumis aux soins de M. le Dr D...

Donnons acte encore à la Compagnie d'Orléans de ce qu'elle reconnaît avoir fait offrir la somme de 111 francs 70 à M. le Dr D... pour le désintéresser de ses honoraires ;

Rejetons le déclinatoire d'incompétence soulevé par elle.

Déclarons, au contraire, que nous avons été compétemment saisi par le Dr D. : de l'action intentée par lui à la Compagnie d'Orléans pour avoir paiement de la somme de 289 francs à laquelle il évalue le montant de ses honoraires pour les soins donnés par lui au sieur B...

Renvoyons la cause et les parties à l'audience du 17 février courant pour être plaidée au fond et condamnous la Compagnie d'Orléans aux frais de l'incident.

Nous publions la décision ci-dessus parce qu'elle constitue un document de jurisprudence parfaitement motivé sur la question de compétence du juge de paix en matière d'honoraires médicaux pour soins donnés aux blessés du travail et en outre parce qu'elle consacre un nouveau succès du *Sou Médical*. En effet, la Compagnie d'Orléans avait interjeté appel de ce jugement et le tribunal civil de Périgueux était saisi de cet appel. Le *Sou Médical* avait accepté d'aller soutenir, par l'organe de Me Gatineau, les intérêts et les droits du corps médi-

cal, à l'époque même où il frappait d'un pourvoi le jugement du tribunal de la Seine rendu dans l'affaire du Dr Diverneresse contre la Compagnie des Tramways-Sud, pourvoi admis par la Chambre des Requêtes le 11 mai 1904 et soumis actuellement à l'examen de la Chambre Civile.

Or, la Compagnie d'Orléans vient de se désister purement et simplement de son appel devant le tribunal de Périgueux et ce désistement donne au jugement ci-dessus relaté un caractère définitif, et prouve l'impossibilité où se trouvent aujourd'hui les Chefs d'entreprise et les responsables de discuter une jurisprudence que le « Sou Médical » est parvenu à faire établir.

Une sérieuse condamnation pour exercice illégal.

Tribunal correctionnel d'Epernay.

Audience du 3 décembre 1904.

L'affaire du curé d'Igny-le-Jard est appelée. M. l'abbé Joseph Coyon, 42 ans, décline ses noms et qualités. M. le Président rappelle les faits qui lui sont reprochés. Le curé d'Igny-le-Jard allègue pour sa défense qu'il donne des conseils aux malades et non des soins. M. le Président observe que, malgré plusieurs avertissements, puisqu'il a déjà été condamné quatre fois, M. Coyon persiste à s'insurger contre la loi.

Plusieurs témoins sont ensuite appelés. Le brigadier de gendarmerie Romain est particulièrement intéressant. Il établit nettement que de nombreuses personnes viennent continuellement se faire traiter à Igny-le-Jard.

M. le Procureur de la République requiert une peine sévère qui s'impose, dit-il, puisque l'inculpé est récidiviste. Sa dernière condamnation est du 28 novembre 1903. Il insiste sur l'organisation complète qui comprend : service de voiture, chambre de consultations, officine pharmaceutique où règne, du reste, un désordre extraordinaire. Les expéditions de potions et médicaments se sont continuées plus nombreuses que jamais, sur tous les points de la France.

Me Robert, au nom des Syndicats des médecins d'Epernay et de Château-Thierry et du Syndicat des pharmaciens d'Epernay, soutient la demande de la partie civile en dommages-intérêts. D'après lui, M. Coyon cause un préjudice considérable aux médecins et pharmaciens, et il se ferait plus de 20.000 francs par an.

Me Perrault présente la défense de M. Coyon. Il fait une charge à fond contre le docteur Leclercq, de Condé-en-Brie, qui, au nom du Syndicat, a formulé la plainte qui amène aujourd'hui M. le curé sur les bancs correctionnels. Il examine les témoignages écrits qu'il a dans son dossier, tous en faveur de M. Coyon. « C'est décidément le sort de toutes les délations de tourner à la confusion de tous les délateurs » s'écrie-t-il. Le défenseur tente d'établir l'efficacité de la méthode simpliste de son client. Il parle même des « morticoles patentés ».

Me Perrault plaide la monomanie, l'inconscience de l'abbé Coyon. Certains ont la manie des courses, de la chasse, de la musique, des collections. Lui a la passion de soulager et de guérir. Or, cette passion est désintéressée et puissante, si puissante qu'elle absorbe et domine sa volonté.

Le défenseur réfute ensuite les assertions de Me Robert relatives aux dommages-intérêts.

A noter la déclaration de l'inculpé, par l'organe de Me Perrault, de ne plus vouloir faire de médecine dorénavant.

M. l'abbé Coyon est condamné à 8 jours de prison, à 1,000 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine, et à 300 fr. d'amende pour chacun des quatre faits d'exercice illégal de la pharmacie. En tout, 2.200 fr.

Statuant sur les conclusions de la partie civile, le tribunal condamne en outre M. Coyon à 500 fr. de dommages-intérêts en faveur des Syndicats de médecine d'Epernay et de Château-Thierry et à 100 fr. en faveur du Syndicat des pharmaciens. Soit 1.100 francs.

Condamne enfin la partie civile à tous les dépens, sauf son recours.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise.

Séance du 20 octobre 1904.

Présidence de M. le Dr Katz.

La séance est ouverte à 1 heure 1/2, à la Taverne du Nègre, 17 boulevard Saint-Denis, Paris. Sont présents : MM. les Drs Katz, président; Branthomme, vice-président; Rousseau, secrétaire-trésorier; Broquet, Darène, Guy, Galvani, Piédallu, Thomas, de Grissac, Meyer, Gaboriau, Dupré, Delambert, Castaneda, Georget, Millet (Aulnay-sous-Bois), Euvrard, Carnette, Dethan.

Excusés : MM. Bidaut, Pamart, Cesbron, Cels, Breitel, Daverne.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La discussion du tarif ouvrier, portée à l'ordre du jour, n'a plus raison d'être, car le tarif Jeanne est adopté.

M. le président donne lecture du tarif ouvrier minimum élaboré par l'Union des syndicats. Ce tarif, qui doit être présenté au Sénat et qui sera publié ultérieurement dans les journaux, a pour base : 2 fr. consultation au cabinet ; 1 fr. de plus, visite dans la localité; ensuite tarif spécial.

M. de Grissac parle de l'intérêt que les syndicats ont à se faire représenter à la Fédération des médecins syndiqués de Seine-et-Oise. Deux délégués, MM. Katz et Piedallu, sont nommés à cet effet.

Le président expose au Syndicat le résultat des poursuites exercées contre un rebouteur. Après engagement de la procédure, les poursuites ont été abandonnées par le parquet faute de preuves suffisantes!! Le rebouteur a néanmoins quitté Pontoise où il opérait.

Au sujet de la responsabilité médicale, le Dr de Grissac entretient les confrères d'une nouvelle combinaison à l'étude au «Sou médical», qui sera une véritable assurance pour le médecin contre les risques professionnels. Il les engage à donner au «Sou médical» leur cotisation de 18 fr. augmentée de 2 fr., soit 20 fr. par an.

Le Dr Euvrard, de Vigny, expose au Syndicat que, soignant une grande partie des indigents de cette commune, il n'a pas encore été payé par la préfecture. Il prie le bureau de demander au préfet les raisons qui ont pu motiver ce non-paiement. Le bureau décide d'écrire au préfet au nom du Syndicat tout entier.

Présentation du Dr Rinckenback à Maffliers, par les Dr Meyer et Darène.

Election du bureau :
Président : Dr Katz ;
Vice-président : Dr Branthomme;
Secrétaire : Dr Georget ;

Trésorier : Dr Carnette ;

Après la réunion, un dîner confraternel, empreint de la plus grande cordialité, réunit les membres présents.

Le président félicite, au nom du Syndicat, le Dr Broquet, pour sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, pour faits de guerre.

Le Dr Galvani porte un toast aux membres sortants du bureau et remercie tout particulièrement le Dr Rousseau pour le dévouement avec lequel il a rempli les fonctions de secrétaire-trésorier pendant de longues années.

Le secrétaire,

Dr GEORGET.

BIBLIOGRAPHIE

Notions nouvelles et pratiques d'allaitement, de sevrage et de traitement des maladies du nouveau-né, par le docteur Levraud, fondateur de la « Goutte de Lait » de Saumur, avec une préface de M. le professeur Budin. 1 vol. in-16 de 144 pages (Petite Bibliothèque médicale à 2 francs le volume. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le but du livre de M. Levraud est de donner une technique raisonnée de l'hygiène du tout jeune enfant, en basant sur les observations scientifiques cette étude d'utilité pratique.

Voici un aperçu des matières traitées !

I. Phénomènes physiologiques du nouveau-né. — II. Hygiène du nouveau-né. — III. Des diverses sortes d'allaitement. — IV. Allaitement par la mère : hygiène des tétées ; variations de la sécrétion lactée ; difficultés de l'allaitement. — V. Allaitement par une nourrice. — VI. Faiblesse congénitale. — VII. Allaitement mixte : obligation, direction, utilité. — VIII. Allaitement artificiel. — IX. Dentition — X. Sevrage. — XI. Mortalité infantile : causes, remèdes. — XII. Maladies du nouveau-né.

« M. le Dr Levraud, par la lecture des travaux publiés depuis douze ans, par ses observations personnelles, qui lui ont permis de contrôler tout ce qui a été dit de nouveau, se trouvait donc très qualifié pour écrire un ouvrage de vulgarisation. Un semblable volume, simple et très clair, est appelé à rendre de grands services à toutes les personnes ; médecins, sages-femmes et mères de famille qui voudront bien l'étudier » (Professeur Budin).

Guide pratique du médecin dans les accidents du travail, leurs suites médicales et judiciaires, par FORGUE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier et JEANBRAU, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier. Avec une préface de M. Jean CRUPPI, avocat à la Cour de Paris, député de la Haute-Garonne.

Un volume in-8°, de 400 pages, Masson, éditeur. Prix : 4 fr. 50.

La « pathologie des accidents du travail », suivant l'expression de Championnière, est pour le praticien l'origine de difficultés d'autant plus graves qu'elles doivent être résolues rapidement et que la réputation de compétence du médecin est en jeu. De plus, le grand nombre de blessures assujetties sont l'origine de litiges, pour la solution desquels le magistrat fait appel au médecin. « La loi de 1898, comme le dit M. Jean Cruppi dans la préface élégante qui ouvre le livre de MM. Forgue et Jeanbrau, la loi de 1898 ne s'est pas bornée à unir dans une collaboration quotidienne magistrats, médecins et avocats : elle les a un peu confondus. Le médecin qui dresse un certificat d'origine, qui rédige un rapport d'expertise, ne fera vraiment œuvre utile et n'aura chance de voir ses conclusions adoptées, ses avis suivis par le tribunal que s'il se tient au courant des controverses soulevées par la loi de 1898 et des solutions que leur donne la jurisprudence ».

C'est pour guider le praticien dans l'application de la loi de 1898, lui éviter des erreurs, des oublis et des fautes, que MM. Forgue et Jeanbrau ont condensé dans un petit volume de format maniable tout ce dont les médecins peuvent avoir besoin dans la rédaction d'un certificat d'origine, de consolidation et de guérison, dans l'expertise médico-légale l'évaluation des incapacités, etc. Les auteurs qui ont enseigné depuis plusieurs années à la Faculté et dans les hôpitaux de Montpellier les rapports des traumatismes avec les différentes affections médicales et chirurgicales au point de vue spécial de la loi de 1898 ont donné dans ce livre la substance de leur enseignement de la loi de 1898 et de leur expérience. Nous signalerons seulement dans cet ouvrage le chapitre des névroses traumatiques où l'hysterie, la neurasthénie et l'hystéro-neurasthénie traumatiques sont étudiées avec une clarté, et une précision qui faciliteront la tâche au médecin-expert dans ces cas toujours difficiles même pour les spécialistes. Le diagnostic de la simulation des différents symptômes est également fort instructif. Mais les chapitres III et IV surtout seront pour le praticien une source de conseils et de renseignements qui lui éviteront bien des oublis et bien des recherches pour lesquelles il n'a ni le loisir ni le moyen de parcourir les recueils et les périodiques spéciaux. L'expertise médico-légale est étudiée dans ses plus infimes détails ; le rapport d'expertise est analysé avec une méthode et un soin qui frapperont certainement le lecteur et en graveront le plan dans sa mémoire. Plusieurs exemples de rapports complètent d'ailleurs les indications techniques.

Le chapitre IV traite de la question difficile de l'évaluation des incapacités. Après avoir consciencieusement expliqué le principe de l'évolution des incapacités, les auteurs étudient « les incapacités permanentes partielles et totales, les troubles de la vision, les incapacités aggravées par un état antérieur, les incapacités chez les ouvriers précédemment mutilés, les difformités qui ne réduisent pas le salaire ». Toutes ces questions sont documentées avec les chiffres des décisions de la jurisprudence française.

Le chapitre V traite des honoraires des certificats, des soins et opérations, des expertises et de l'hospitalisation des accidentés. Il permettra au jeune médecin, encore inexpérimenté, de se faire solder des honoraires légitimes qui lui sont parfois disputés avec âpreté.

Cette rapide analyse ne permet guère que de schématiser quelques parties de cet ouvrage, essentiellement pratique, parce qu'il est clair, méthodique, et que les auteurs l'ont vécu avant de l'écrire. Il est désirable que les maîtres qui, par leur labeur et leur expérience ont acquis des notions nettes sur ce qu'il faut faire et sur ce qu'il faut éviter, consentent à vulgariser leur pratique et à faire profiter les autres de leurs réflexions. Les médecins d'industrie et en général tous ceux qui font de la clientèle ouvrière ou des expertises seront reconnaissants à MM. Forgue et Jeanbrau d'avoir pensé à leur être utiles.

Dr JEANNE.

REPORTAGE MEDICAL

Réforme de la loi du 9 avril 1898. — Le 20 novembre, a paru un rapport adressé par M. Lourties, sénateur, vice-président du Conseil supérieur de la Mutualité, sur les améliorations à apporter à la loi des sociétés de secours mutuels du 1er avril 1898. La proposition de loi institue les caisses de prêts gratuits, qui seront alimentées par des cotisations spéciales, comme les caisses destinées à allouer des secours en cas de chomage. Une grande tolérance

est accordée aux sociétés de secours mutuels constituées entre étrangers ou entre Français et étrangers. La franchise postale est concédée à la correspondance entre les présidents des Sociétés ou des Unions et les maires du siège social. En ce qui concerne les loteries, les sociétés sont assimilées aux œuvres de bienfaisance. Toutes distinctions entre les sociétés approuvées, les sociétés reconnues d'utilité publique, les sociétés libres disparaissent. Une juridiction arbitrale est créée au profit des sociétés et de leurs membres. La capacité civile des Sociétés et des Unions est élargie : elles pourront recevoir, sans autorisation, des dons et des legs mobiliers de 5.000 francs et au-dessous. Ce projet a pour but la communalisation de la mutualité. Enfin le maximum de 360 francs comme taux de la retraite est supprimé. Le projet se montre partisan de l'aliénabilité du fonds commun et de la suppression de la mainmorte.

Société internationale de la Tuberculose. — Objet de la Société. — Une nouvelle Société savante est fondée à Paris sous le nom de : « Société internationale de la tuberculose ».

Elle a son siège à Paris. Ses réunions ont lieu mensuellement sur convocation du Secrétaire général.

Cette Société a pour but l'étude de toutes les questions se rattachant à la tuberculose et la centralisation des moyens de défense.

Ses travaux seront publics.

La Société se compose de médecins ou savants possédant un diplôme de Facultés ou d'Universités françaises ou étrangères.

Pour être admis, il faut présenter une demande au Président, être agréé par le bureau, ratifié en Assemblée Générale et payer une cotisation annuelle de 10 francs.

Prière d'adresser les demandes de candidatures à : M. le Dr Georges Petit, secrétaire général, 51, rue du Rocher, Paris.

Congrès international de la tuberculose. — Au dernier conseil des ministres, le président du conseil a annoncé qu'il déposerait, sur le bureau de la Chambre, un projet de loi ouvrant un crédit extraordinaire de 100.000 francs pour subventionner le Congrès international de la tuberculose.

Ce Congrès est placé sous le haut patronage du président de la République.

Le bureau qui doit en préparer et en diriger les délibérations est composé comme suit :

Présidents d'honneur : MM. Casimir-Périer et Léon Bourgeois,

Président : M. Berthelot,

Vice-présidents : MM. Brouardel, Chauveau et Hérard.

Présidents de sections.

1re et 2e sections. — Pathologie médico-chirurgicale, expérimentale et comparée :

Pathologie médicale : M. le Prof. Bouchard.

Pathologie chirurgicale : M. le prof. Lannelongue.

3e et 4e sections. — Préservation et assistance :

1° De l'enfance, M. le prof. Grancher.

2° De l'adulte, M. le prof. Landouzy.

Secrétaire général, M. le Dr Letulle.

Une situation pour nos confrères... doctoresses. — L'éloge de la femme médecin n'est plus à faire. Nous sommes persuadés que nulle part mieux qu'au Maroc, c'est-à-dire dans un pays où règne l'Islam, ne peut s'exercer la mission de la doctoresse. Les conditions mêmes de la vie musulmane appellent en effet son ministère spécial. La Mauresque ne saurait avoir d'autre médecin, d'autre conseillère.

Un des traits du caractère maure est l'amour profond que le père a pour ses fils. Il dissimule en public l'affection qu'il a pour ses filles, dont la naissance n'est jamais bienvenue. On diffère même de lui faire connaître le sexe de l'enfant jusqu'au jour fixé pour lui donner un nom. Cependant frères et sœurs partagent la même existence et les mêmes jeux, jusqu'au moment où le petit garçon sera mis à l'école. Dès lors, le sort du frère et de la sœur différera du tout au tout. Bien rarement, on apprendra à lire aux filles, sauf dans le cas où le père possède quelque instruction. Ne voit-on pas de quel prix sera la présence d'une femme française dans un tel milieu, au sein de la famille comme aussi dans les écoles ? Quel admirable rôle moral à jouer ? Quel pouvoir éducatif à exercer ! Là où l'homme ne peut pénétrer sans violer les principes mêmes de la religion, la femme médecin peut avoir libre accès. Par là, et grâce à une constante éducation scientifique, pourra peut-être s'atténuer la terrible mortalité infantile, qui désole les villes marocaines.

Mais voici que la fillette maure grandit. Elle prend plaisir à se contempler dans un miroir. C'est alors l'ère de la réclusion qui commence, et sa vie devient celle d'un oiseau captif : elle ne peut plus sortir qu'accompagnée ou enveloppée d'un voile épais. Il lui est formellement interdit d'adresser la parole, de faire un signe à un passant. A douze ans, on commence à l'engraisser en vue du mariage : on la gave à cet effet de boulettes de farine et de miel frites dans l'huile. Puis on la marie, et elle devient, dit un proverbe maure, « esclave le jour et reine la nuit ». Une réclusion nouvelle est encore son lot : le patio et la terrasse de la maison lui servent de promenade.

C'est bien sur la doctoresse que nous comptons alors pour assurer l'assistance médicale des femmes, littéralement enterrées dans ces sépulcres blanchis que sont les maisons mauresques et où elles ne peuvent avoir, jusqu'à l'âge de trente ans, aucun rapport, quel qu'il soit, avec d'autres hommes que leurs maris. On ne manquera pas non plus de confier à un personnel féminin la plupart des services dans les hôpitaux, lazarets et dispensaires spécialement affectés aux maladies des femmes.

De ce contact incessant avec la femme musulmane, il faut attendre d'inappréciables bienfaits. L'épouse du Marocain exerce, en dépit de sa sujétion, une influence réelle sur sa vie. Voilà de longues années que nos écoles, notre service militaire atteignent en Algérie les Musulmans ; et pourtant à peine nous sont-ils moins étrangers qu'aux premiers jours de la conquête. La raison en est que la femme indigène nous reste inaccessible et, par la lenteur de nos progrès dans l'ordre intellectuel, il est aisé de mesurer l'autorité mystérieuse dont elle dispose dans la famille. Il en sera de même au Maroc si nous ne prenons, dès l'origine de notre conquête pacifique, toutes les mesures nécessaires pour approcher les Mauresques. Cette tâche appartient à la doctoresse européenne, précieuse auxiliaire de notre méthode d'assistance et d'éducation.

(G. Samné, *L'Assistance au Maroc.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs, le décès de MM. les docteurs Neveu, de Bécherel (I.-et-V.) ; Lesueur, de Bernay (Eure) ; Merle, de Nîmes (Gard) ; Mora, de Paris ; Stagienski, de St-Etienne, et Badoz, de Brioude (Hte-Loire), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 52 24 DÉCEMBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY.

SOMMAIRE

XIe ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION AMICALE

POUR L'INDEMNITÉ EN CAS DE MALADIE

21 NOVEMBRE 1904

L'Assemblée générale de l'*Amicale maladie* est ouverte à deux heures sous la présidence de M. le Dr Maurat.

Prennent place au Bureau : MM. Lepage, délégué de l'A. G.; Gassot, trésorier ; H. Cézilly, vice-président ; Mignon, secrétaire général ; Jeanne, secrétaire des séances; David, contrôleur.

M. le Président ouvre la séance par les paroles suivantes :

Mes chers Confrères,

Le rôle du président de l'Association amicale est vraiment bien agréable à remplir quand il se lève pour ouvrir l'assemblée générale annuelle, car c'est toujours pour enregistrer de nouveaux succès, et il ne lui reste plus qu'à adresser des remerciements à ses collaborateurs du Bureau dont l'effort constant a maintenu la Société dans la voie de prospérité qu'elle n'a cessé de parcourir depuis ses débuts, c'est-à-dire depuis onze ans déjà.

Cette année, comme les précédentes, je suis donc heureux de vous dire que tout va bien, que nos progrès sont réguliers et constants, que notre recrutement suit toujours une progression ascendante et que, naturellement, les indemnités distribuées, c'est-à-dire les services rendus à nos confrères prévoyants, s'augmentent dans les mêmes proportions.

Je ne puis cependant m'empêcher de vous dire que ma surprise est grande, en présence de nos succès et des services rendus chaque année, en présence aussi des difficultés toujours plus grandes de l'exercice de la profession médicale, de ne pas voir un plus grand nombre de médecins chercher à se garantir, eux et leur famille, contre ce risque toujours menaçant de la maladie.

Dans le rapport de notre trésorier, que vous avez pu lire au n° 45 du *Concours médical*, vous avez vu que pendant l'année 1903 nous avons admis 106 adhérents nouveaux contre 105 en 1902 et 104 en 1901. Ce recrutement régulier et pour ainsi dire mathématique est bon et suffirait largement pour assurer la vitalité de notre œuvre, mais notre devoir est de toujours tendre à mieux et il vous appartient, en faisant connaître notre association amicale autour de vous, de rendre service à nos confrères qui l'ignorent ou qui sont hésitants. C'est donc à cette propagande que je vous convie, et mon grand désir serait d'être assez convaincant, pour que chacun de vous la considérât comme un véritable *devoir confraternel*.

Lorsqu'en 1901, nous fîmes avec l'Association Générale le mariage de raison, que vous savez, une des considérations déterminantes de notre résolution fut l'espoir de la voir amener à nous la masse nombreuse, j'allais dire immense de ses membres qui, paraissait-il, la sollicitaient alors de créer, elle-même, une nouvelle caisse d'assurances contre la maladie. Cette foule, il faut l'avouer, s'est réduite à bien peu de candidats, soit que les membres du bureau de notre Association Générale n'aient pas insisté près de leurs sociétés locales avec l'autorité incontestée qui s'attache à leur nom, soit pour toute autre cause. Mais nous espérons cependant encore qu'ils tiendront à honneur de remplir leurs engagements vis-à-vis de nous en faisant un nouvel effort pour secouer la torpeur de leurs associations dépar-

tementales et pousser de toutes leurs forces le corps médical tout entier vers un acte de prévoyance élémentaire.

N'en continuons pas moins, mes chers confrères, à nous livrer nous-mêmes de tout cœur à cette propagande que j'essayais tout à l'heure de vous présenter comme un devoir ; continuons à ne compter que sur nos propres efforts et le reste nous arrivera par surcroît. Poussons surtout les jeunes vers notre nouvelle combinaison C, qui, tout en les protégeant contre le risque maladie, leur assure en outre à un prix d'autant plus abordable qu'ils sont plus jeunes, une retraite pour leurs vieux jours. (*Applaudissements*).

M. le Président. — J'insiste, Messieurs, sur ce que j'appelle le devoir de l'A. G. de faire beaucoup plus pour l'augmentation des adhésions à l'Amicale. Souvent gênés par l'engagement pris de n'admettre chez nous que des confrères affiliés à l'A. G., quand des demandes émanaient de médecins qui n'étaient pas membres d'une Société locale ou du moins d'une Société agréée, je suis de ceux que l'impatience conduisait à dire devant le trop faible surcroît de résultats : « Mieux vaudrait rompre pour être libres de nous recruter parmi les 8000 médecins qui ne sont pas de l'A. G., aussi bien que parmi les 8000 membres de celle-ci. » (*Protestations et mouvements divers.*)

M. Lepage. — Je suis quelque peu surpris des paroles prononcées par notre Président à la fin de son allocution : il se plaint de ce que l'affiliation de l'Amicale à l'A. G. n'ait pas produit les résultats espérés au point de vue du recrutement des membres ; il déclare qu'il ne comprend pas l'opposition faite par l'A. G. à l'admission dans l'Amicale de membres ne faisant pas partie de l'A. G. et se montre tout disposé à ne pas tenir compte de cette opposition au risque de provoquer une rupture entre notre caisse et l'A. G.

Je vous demande la permission de répondre en quelques mots à notre Président : il ne dépend pas du Conseil Général de l'A. G. qu'un plus grand nombre de membres adhèrent à l'Amicale ; il ne peut que faire connaître par le *Bulletin* de l'A. G. ce qui se passe à l'Amicale et engager les médecins à y adhérer.

Notre Président semble mettre en doute la véracité des membres du Conseil Général lorsqu'au moment des négociations entamées pour la fusion ils disaient qu'un grand nombre de membres de l'A. G. demandaient la création de caisses d'indemnité-maladie et de retraites pour la vieillesse ; notre Président constate que de ces « nombreux membres », presqu'aucun n'est venu à l'Amicale et il est disposé à en tirer la conséquence que le nombre de ces confrères désireux de faire acte de prévoyance a été quelque peu grossi pour les besoins de la cause. Je ne crois guère fondé ce reproche, qui paraît en tout cas quelque peu imprudent ; que pourrait répondre notre Président si on lui disait qu'en effet nombre de médecins avaient le désir de s'assurer contre la maladie, mais que pour des raisons qui leur sont personnelles, ils ne veulent point adhérer à l'Amicale ?

Quant à l'opposition faite par l'A. G. à l'admission dans l'Amicale des confrères qui n'ont pas adhéré à l'A.G., elle est parfaitement juste et légitime : elle est basée sur ses statuts, en particulier sur le paragraphe 5 de l'article 5 qui dit qu'elle contribue..... au développement de sociétés indépendantes de l'Association, *mais exclusivement recrutées parmi ses membres* et qui auraient pour but une œuvre de prévoyance, telle que l'allocation d indemnité en cas de maladie. » Du reste les statuts de l'Amicale spécifient que, pour en être membre, il faut faire partie d'une société locale affiliée à l'A. G.

Il est une autre raison qui empêche le Conseil Général de l'A. G. de tolérer l'admission à l'Amicale de membres qui lui sont étrangers; c'est que ce serait encourager la désagrégation des Sociétés unies. Or, il est d'intérêt général que toutes nos sociétés de prévoyance soient unies le plus possible ; en tout cas, l'A. G., qui en est d'ailleurs absolument empêchée par ses statuts, ne peut se prêter à une mesure d'exception qui ne pourrait que nuire à son développement et dont l'adoption ne paraît d'ailleurs pas bien utile à la prospérité de l'Amicale.

M. le Dr Mignon, secrétaire général. — Notre président, Messieurs, vient de parler sous l'impression que nous avait laissée la situation en septembre ; mais il y a des faits nouveaux. Depuis une quinzaine de jours, d'accord avec M. le Dr Blache, trésorier de l'A. G., j'ai écrit à un très grand nombre de Présidents ou de Secrétaires des Sociétés locales leur demandant un concours de propagande beaucoup plus acharné que par le passé. Nous nous rendions compte, en effet, que l'inertie regrettable était là, comme vient de le rappeler, d'un mot, M. le Dr Verdalle, trésorier de la Caisse des Pensions. Et voici, mon cher Président, un stock d'une trentaine de réponses, reçues depuis quelques jours, toutes pleines de promesses et capables de changer notre état d'âme et de faire écarter toutes résolutions graves. (*Très bien.*)

M. le Dr Jeanne. — Puisque, derrière moi, j'entendais parler tout à l'heure d'engagements insuffisamment tenus, il faut préciser que le Conseil de l'A. G. a tenu tous ceux qu'il avait pris et que toujours satisfaction fut donnée aux demandes que nous transmettions à M. le Dr Blache pour le compte de tel ou tel de nos Sociétaires. Mais, en ce qui concerne la propagande, il n'était pas seul appelé à tenir parole, et, de ce que nous savons maintenant, il appert bien que si notre effort s'adresse davantage aux sociétés locales, nous aurons, l'année prochaine, à enregistrer des résultats plus satisfaisants.

M. le Président. — Messieurs, veuillez mettre sur le compte de cette impatience d'obtenir des résultats la vivacité du langage que j'employais tout à l'heure sous la préoccupation d'augmenter beaucoup le nombre des adhésions. Retenons ceci de l'incident : « Que notre secrétaire général, aidé de M. le Dr Blache, devra continuer avec ardeur la tâche qu'il avait déjà commencée ces jours ci à mon insu et revenons à l'ordre du jour ».

La parole est à M. le Dr Gassot, trésorier.

Rapport de M. le Dr Gassot, trésorier.

Messieurs et chers collègues,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de notre Association Amicale pour l'année 1903

Au cours de cette année, le Conseil d'administration a prononcé 105 admissions nouvelles. Au 1er janvier 1903, nous étions 837, nous serions donc 943 si nous n'avions perdu 13 sociétaires, savoir : 11

par décès, 1 par démission et 1 par radiation. Nous restons donc 930 au 31 décembre 1903.

Sur les 106 membres nouveaux, 35 se sont inscrits à la combinaison A, 64 à la combinaison B et 7 à la combinaison 1/2 B. En outre deux membres, l'un inscrit à la combinaison A, l'autre inscrit à la combinaison 1/2 B, ont passé à la combinaison B. Enfin les membres que nous avons perdus appartenaient : 5 à la combinaison A, 7 à la combinaison B et 1 à la combinaison 1/2 B.

De telle sorte que notre situation au 31 décembre 1903 s'établit de la manière suivante :

412	membres inscrits	à la combinaisen A.
4	—	à la combinaison 1/2 A.
502	—	à la combinaison B.
12	—	à la combinaison 1/2 B.
930		

La rentrée des cotisations se fait toujours d'une manière régulière, cependant quelques membres restent sous le coup de la suspension prévue par l'article 11 des statuts.

Recettes.

Les recettes de l'année 1903 se sont élevées à 81.706 fr. 09 savoir :

Cotisations.................Fr.	75.447.95
Intérêts............................	5.509.14
Recouvrements et rappels.......	696.45
Dons............................	52.55
	81.706.09

Rien de particulier à signaler dans ces recettes.

Dépenses.

Les dépenses pendant le même exercice, ont atteint un total de 51.688 fr. 60, savoir :

Matériel.........................Fr.	70.30	
Impressions....................	366.35	
Poste et transports divers......	378.65	
Recouvrements et rappels......	212 65	
Timbres quittances.............	176.30	
Frais de bureau................	1.500.»»	
Frais de Trésorier..............	53.15	
Déplacements des membres du Conseil	97.»»	2.854.40
Indemnités-maladie............		48.688.15
		51.542.55
Pour ordre, retraits de la caisse auxiliaire..........................		146.05
		51.688.60

Nous nous efforçons toujours de réduire les dépenses d'administration à leur strict minimum.

Balance.

Si au total des recettes de 1903............		81 706.09
on ajoute les espèces à la Société Générale au 31 décembre 1902.....................	12 040 08	
Moins ce qui était dû au trésorier à la même date.........	5.445.19	6.594.89
on trouve..................		88.300.98
et si l'on déduit les dépenses......... ...		51.688.60
Il reste un excédent de......		36.612.38

dont emploi a été fait de la manière suivante :

Achats de valeurs :

20 obligations, ville de Paris, 2 % 1889, fr.		8.220.25
20 — chemin de fer Lyon, fusion nouvelle..................................		9.395.70
30 obligations Tunisiennes 1892......		14.407.75
		32.023.70
Espèces à la Société générale..	9.468.57	
Moins dû au trésorier.	4.879.89	4.588.68
Total égal..............		36.612.38

Avoir de l'Association au 31 décembre 1903.

600 fr. Rente française 3 %, fr.	21.124.10	19.240 »»
10 obligations chemin de fer Est nouvelles................	4.634.90	4 510 »»
30 obligations chemin de fer Est anciennes...............	14.120.80	13.440 »»
30 obligations chemin de fer du Midi anciennes...............	13.850.45	13.455 »»
50 obligations chemin de fer Grand Central...............	23.324.00	21.650 »»
40 obligations chemin de fer Lyon, fusion ancienne.......	19.140.25	18.190 »»
20 obligations chemin de fer Lyon, fusion nouvelle.......	9.395.70	9.010 »»
120 obligations chemin de fer Ouest 2,5 %........	49.320 »»	48.240 »»
15 obligations Banque hypothécaire 1880..................	8.493 »»	8.400 »»
20 obligations foncières 1883....	9.193.40	8.950 »»
20 obligations département de l'Aude, 3,44 % 1899..........	9.889.10	9.920 »»
20 obligations Ville de Paris 2 % 1889......................	8.220.55	8.040 »»
30 obligations Tunisiennes 1892	14 407.75	14.460 »»
Totaux..........	205.110.60	197.685 »»
Espèces à la Société Générale	9.468.57	
Moins dû au trésorier.........	4.879.89	4.588 68
Total...........		202.273.68

La moins-value sur nos titres avait atteint son maximum.

Caisse auxiliaire.

Au 31 décembre 1902, elle possédait.....fr.	3.567.45
Nous lui avons versé le montant de nos dons.......................................	52.25
Son encaisse s'élève donc à..	3.619.70
Mais elle est venue au secours d'un confrère pour lequel elle a versé............	146.05
Il lui reste donc un avoir de..........	3.473.65

somme qui est comprise dans l'avoir total de l'Association.

Le Conseil d'Administration vous demande, Messieurs, de vouloir bien approuver ces comptes d'une manière défininve.

Comptes provisoires de l'année 1904.

Il me reste maintenant à vous exposer quelle est notre situation au 10 novembre 1904.

Le Conseil d'Administration, au cours de cette année, a prononcé 96 admissions. Au 1er janvier nous étions 930, nous serions donc 1026 si nous n'avions perdu 9 de nos sociétaires, savoir : 5 par décès, 1 par démission, 2 par radiation et un par exclusion, — nous sommes donc actuellement 1017.

Sur les 96 membres nouveaux, 64 se sont inscrits à la combinaison A, 28 à la combinaison B, et 4 à la combinaison C. En outre un membre inscrit à la combinaison A a passé à la combinaison B et 8 inscrits à la combinaison B ont passé à la combinaison C. Enfin les membres que nous avons perdus appartenaient : 4 à la combinaison A, et 5 à la combinaison B.

De telle sorte que notre situation actuelle s'établit de la manière suivante :

471	membres inscrits	à la combinaison A.
4	—	à la combinaison 1/2 A.
518	—	à la combinaison B.
12	—	à la combinaison 1/2 B.
12	—	à la combinaison C.
1017		

Les cotisations rentrent régulièrement, cependant quelques membres se font toujours suspendre. S'ils s'absentent au moment du paiement des cotisations, ils pourraient envoyer auparavant ou donner des ordres pour que la traite postale soit acquittée à présentation.

★

Recettes

Les recettes de l'année se sont élevées à 97.497 fr. 23, savoir :

Cotisations	79.801 fr.	»»
Intérêts	6.136	99
Recouvrements et rappels	766	85
Dons	339	45
Remboursements à la caisse auxiliaire	53	
Remboursement de valeurs	4.419 fr.	94
Remboursement d'indemnité	170 »	»»
	91.687 »	23

Pour ordre :

Versements pour retraites	4.642	5.810 » »»
Versement pour contre-assurance	1.168	
		97.497 » 23

Le remboursement d'indemnité est un remboursement par la poste, le destinataire n'ayant pu être trouvé et n'ayant depuis donné aucune nouvelle.

Les versements de la combinaison C pour retraites et coutre-assurances doivent nécessairement être comptés à part.

Dépenses.

Les dépenses pendant la même période se sont élevées à 55.096 fr. 45, savoir :

Matériel	34 20	
Impressions	296 50	
Poste et transports divers	428 50	
Recouvrements et rappels	243 65	
Timbres-quittances	194 30	3.537 fr. 95
Frais de bureau	1750 »»	
Frais de trésorier	61 90	
Déplacement des membres du conseil	178 90	
Divers	350 »»	
Indemnité maladie		50.589 fr. 50
		54.127 » 45

Pour ordre :

Retraits de la caisse auxiliaire	53 »»	
Remboursements par ristournes pour le passage à C	916 »»	969 » »»
		55.096 » 45

Sous la rubrique *divers* sont compris les frais d'études de la combinaison C. Les *frais de bureau* comportent un travail considérable : l'établissement des comptes séparés de chaque combinaison depuis la création de la société avec tous les documents statistiques qui les concernent.

Les *remboursements par ristournes* comportent les remboursements faits aux membres de la combinaison B lorqu'ils ont passé à C, ainsi qu'il a été expliqué sur les nouveaux statuts.

Balance des comptes.

Si au total des recettes de l'année		97.497 23
on ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1903	9.468 57	
Moins ce qui était dû au trésorier à la même date	4.879 89	4.588 68
on trouve		102.085 91
Et si l'on déduit les dépenses		55.096 45
Il reste un excédent de		46.989 46

dont emploi a été fait de la manière suivante :

Achats de valeurs :

17 obligations chemin de fer grand central		7.648 90
30 — — Est algérien		13.034 90
1 — — Est anciennes		451 00
1 — — Midi anciennes		446 75
		21.581 55
Espèces à la société générale	24.984 55	
Espèces en caisse	423 36	25.407 91
Total égal		46.989 46

Avoir de l'Association au 10 novembre 1904.

1° Portefeuille	Prix d'achat	Au cours
600 fr. Rente française......fr.	21.124 10	19.650 »»
10 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles	4.634.90	4.537 50
30 obligations chemin de fer de l'Est 3 % anciennes	14.080 91	13.800 »»
30 obligations chemin de fer du Midi 3 % anciennes	13.806 55	13.530 »»
60 obligations chemin de fer Grand Central	27.535 40	27.000 »»
40 obligations chemin de fer Lyon fusion 3 % anciennes	19.140 25	18.140 »»
20 obligations chemin de fer Lyon fusion 3 % nouvelles	9.595 70	9.000 »»
120 obligations chemin de fer de l'Ouest 2,5 %	49.320 »»	48.450 »»
30 obligations chemin de fer de l'Est algérien	13.034 90	13.200 »»
15 obligations Banque hypothécaire 1880	8.493 »»	8.475 »»
20 obligations foncières 1883	9.198 40	8.860 »»
20 obligations département de l'Aude 3,44 %	9.889 10	9.870 »»
20 obligations ville de Paris 2 %	8.220 25	8.155 »»
30 obligations tunisiennes 1892	14.407 75	14.272 50
	222.281 21	216.940 »»
2° Espèces :		
A la Société générale	24.984 55	
En caisse	423 36	25.407 91
Total égal		242 347 91

La moins-value sur nos titres, bien que moindre, est encore considérable, heureusement que nous pouvons attendre des cours meilleurs.

Caisse auxiliaire.

Au 31 décembre 1903, elle possédait.. .fr.	3.473 65
Nous lui avons versé le montant de nos dons	339 45
De plus il lui a été remboursé une somme de	53 »»
Son encaisse s'élève donc à	3.866 10
Mais elle est venue au secours d'un confrère auquel elle a versé	53 »»
Il lui reste donc un avoir de	3.813 10

Somme comprise dans l'avoir de l'Association et sur laquelle vont être faits incessamment plusieurs prélèvements.

Nos dépenses, cette année, ont été considérables : je n'ai rien à ajouter au rapport du Dr Mignon, notre dévoué secrétaire général ; d'ailleurs l'inventaire sera fait à la fin de 1905 et nous dira si notre situation reste toujours aussi prospère.

Je prépare cet inventaire par un travail considérable : j'ai fait reprendre, depuis la création de notre association et année par année, les comptes particuliers de nos diverses combinaisons. Quand ce travail, qui est à moitié fait, sera terminé, il nous suffira de le mettre au courant tous les ans pour connaître exactement la situation de chacune de ces combinaisons.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr David, au nom des contrôleurs qui ont examiné en octobre les comptes que vient de vous lire le Trésorier.

Rapport des contrôleurs.

Messieurs et chers Confrères,

Désignés par votre Assemblée générale de 1903 pour vérifier les comptes du Trésorier de l'Association Amicale, nous nous sommes réunis le 13 octobre dernier au Siège social.

Avec l'aide et le précieux concours de M. le Dr Blache, délégué de l'Association générale, nous avons examiné attentivement les livres de comptabilité que M. le Dr Gassot a fait passer sous nos yeux.

Avec quelques explications, fournies toujours très aimablement par notre trésorier, il est aisé de se reconnaître au milieu de ces chiffres et nous pouvons vous certifier la parfaite régularité de tous ces comptes.

Nous avons eu entre les mains et vérifié les bordereaux des valeurs en dépôt à la Société générale, établissant la fortune actuelle de l'Association qui se trouve en valeurs de tout repos, ainsi que chacun peut le constater dans le rapport du Trésorier.

Le chiffre des indemnités payées aux Sociétaires croît cette année d'une façon inquiétante : cela prouvé évidemment les immenses services rendus par notre caisse à des Confrères atteints par la maladie, mais doit aussi nous donner l'éveil sur la possibilité d'abus qu'il y aurait lieu de prévenir. *Caveant consules*. Messieurs et chers Confrères, nous vous proposons de donner une entière approbation aux comptes de notre sympathique trésorier et de lui adresser de chaleureux remerciements pour son inlassable dévouement à notre Société.

Paris, le 13 octobre 1904.

Dr A. David. Dr Groussin.

M. le président. — Je mets aux voix l'approbation des comptes et les éloges à notre cher Trésorier. *Adopté à l'unanimité.*

L'ordre du jour appelle la discussion sur divers points signalés par le Rapport du Secrétaire-général, que nous avons publié au n° 45 du journal afin de préparer l'étude d'aujourd'hui.

La parole est à M. le Dr Mignon.

M. le Dr Mignon. — Le premier de ces points que j'avais reçu mission d'éclairer par mon rapport, est celui-ci.

Nous avons admis trois doctoresses dans nos rangs depuis 1900. Ont-elles droit à l'indemnité journalière pour l'incapacité de travail occasionnée par l'accouchement normal, alors que les statuts et les calculs ne l'avaient pas prévu ?

Quelle que soit la décision que vous preniez au sujet des admises qui ont eu l'occasion de réclamer cette indemnité, que voulez-vous faire pour l'avenir, et à l'égard de celles qui n'ont pas eu à user de leur droit, et envers les candidates de demain ?

Je vous ai proposé des solutions que vous avez étudiées et dont je donne lecture :

1° Accorder l'indemnité aux suites de couches pathologiques (ce qui est justice et n'a jamais été contesté). mais à elles seules, l'accouchement normal restant impayé ;

2° Accorder l'indemnité pour tout accouchement quel qu'il soit, pendant une durée de 20 jours par exemple, s'il est normal ; jusqu'à sa guérison complète, s'il y a complication, c'est ce que demande Mme V... ;

3° Une solution bâtarde peut s'entrevoir : accorder l'indemnité pour l'accouchement normal aux 3 collègues femmes entrées à l'Amicale à ce jour, en tenant compte de l'ignorance où les ont laissées les statuts, lors de leur candidature, et refuser à l'avenir cette même indemnité à toute candidate nouvelle qui ne sera admise qu'avec cette réserve ;

4° Enfin, qui nous empêcherait d'accorder l'indemnité pour l'accouchement normal, en demandant à toute candidate qui voudrait garantir l'incapacité consécutive à cet acte physiologique par une surprime que M. l'Actuaire serait prié de calculer ?

Après un échange de vues très complet et une longue discussion, à laquelle prennent part MM. Lepage, Delpeut. Archambaud, Verhaëghe, De Grissac, Maurat, Gassot, Mignon, etc... l'Assemblée adopte à l'unanimité les résolutions suivantes :

1° *La Caisse auxiliaire remplira envers les sociétaires admises les engagements que l'on peut considérer comme résultant du mutisme des statuts ;*

2° *Pour l'avenir l'accouchement normal est déclaré non couvert par les statuts.*

M. le Dr Mignon. — Le deuxième point que j'ai signalé est une proposition de M. le Dr Lepage qu'il présentera et développera mieux que je ne saurais le faire moi-même.

Proposition relative aux rapports pécuniaires entre l'Association Générale et les caisses annexes.

M. Lepage.—La plupart d'entre vous connaissent sans doute la proposition que j'ai faite au Conseil Général de l'Association Générale dans la séance du jeudi 13 octobre 1903 : j'ai demandé que, pour rendre plus féconde l'union des Caisses annexes avec l'Association Générale, celle-ci consacre chaque année une certaine somme pour aider pécuniairement les médecins prévoyants qui s'assurent à l'Amicale ou qui adhèrent à la Caisse des retraites.

En ce qui concerne plus particulièrement l'Association amicale des médecins français, j'ai demandé à ce que les cotisations des membres ayant été malades pendant plus de deux mois dans l'année, leur soit remboursée ; d'après les chiffres qui m'ont été donnés par notre dévoué trésorier, M. le Dr Gassot, la somme déboursée par l'Association Générale eût été de 1.629 fr. en 1901 et de 1.981 fr. en 1902. Si ces sommes paraissent trop élevées, on peut restreindre le remboursement des cotisations et ne les donner par exemple qu'aux sociétaires ayant été malades pendant plus de six mois ; la somme globale annuelle à verser était de 1.261 fr. pour 1901 et de 1165 pour 1902. Enfin — si l'on désire encore être plus économe des deniers de l'A. G., on peut réserver cette faveur aux véritables chroniques, c'est-à-dire à ceux ayant eu une incapacité de travail pendant toute l'année : la somme à payer n'était plus que de 958 fr. pour chacune des deux années 1901 et 1902.

En faisant cette proposition, je n'avais pas tant pour but d'être utile aux membres de l'Amicale que de rendre service à l'Association Génér : j'estimais qu'en prenant chaque année sur son budget cette faible somme, elle encouragerait de plus en plus les médecins à adhérer à l'Amicale et qu'elle diminuerait aussi ses charges pour l'avenir ; qu'en un mot elle ferait œuvre de prévoyance en incitant le plus grand nombre possible de ses membres à s'assurer contre la maladie. Il me paraissait indiscutable que les charges de l'A. G. seraient d'autant moins grandes dans l'avenir du fait de la maladie ou des infirmités de ses membres qu'un plus grand nombre seraient assurés contre ces risques.

Mes propositions ont été assez vivement critiquées, ce n'est pas le moment de discuter les objections multiples qui ont été faites. Je me réserve de le faire à l'heure voulue. Je ne veux aujourd'hui retenir qu'une des objections pour le moins imprévue,

qui a été faite : c'est que les Caisses annexes ne voulaient pas du concours financier que je désirais apporter à leurs membres. J'ai répondu que les membres de l'Amicale n'avaient jamais été consultés sur cette question ; ce qu'a confirmé notre président, M. Maurat, en disant que l'Amicale ne demandait rien, mais que probablement ses membres accepteraient les avantages pécuniaires qui pourraient leur être consentis par l'Association Générale.

Je viens donc vous demander si, dans le cas où l'Association Générale déciderait de rembourser les cotisations de ceux d'entre nous qui auraient été malades pendant plus de deux mois dans l'année (ou pendant plus de six mois), vous accepterez d'être remboursés de votre cotisation en adressant votre demande à la Société locale dont vous faites partie. Je crois connaître à l'avance votre réponse ; il pourra peut-être même vous paraître singulier que la question vous soit posée. Ce sont mes contradicteurs qui m'y ont obligé en soulevant une objection aussi inattendue.

M. le Dr Blache. — Je ne saurais trouver mauvais que notre confrère et ami, M. le Dr Lepage, recherche l'avis de cette assemblée sur sa proposition : je me borne à répéter les réserves qu'il a faites lui-même au sujet de l'adoption ou du rejet possible de cette proposition par l'Association Générale, qui se demande encore si ses statuts lui permettent de donner satisfaction à l'idée sous la forme indiquée par l'auteur.

M. le Dr Maurat, président. — On s'est armé, contre la proposition de M. le Dr Lepage, de ce que nous avions toujours dit, M. le Dr Lande et moi, au nom de l'Amicale et de la Caisse des Pensions : « Ces deux caisses ne demandent rien *pour elles-mêmes* à celle de l'Association Générale. » Mais il ne faut pas s'autoriser de ce langage (dont nous maintenons l'exactitude) pour conclure que nous serions hostiles à la mesure demandée, qui constituerait un engagement de l'Association Générale, non vis-à-vis de notre caisse, mais à l'égard de tels de nos sociétaires que la maladie plonge dans la gêne. (*Très bien.*)

M. le Dr Jeanne. — Il faut aussi rappeler, comme je l'ai fait tout à l'heure, que, jusqu'ici, dans toutes les espèces, l'Association Générale a fait bon accueil aux demandes que nous présentions pour tels ou tels de ses membres ici enrôlés. L'Association Générale agissait alors sans être obligée par une règle : c'est cette règle, je crois, que la proposition entend établir.

Après échanges d'observations entre MM. David, Lande, Verdalle, Maurat, Verhaëghe et Lepage, l'Assemblée adopte à l'unanimité l'ordre du jour suivant déposé par M. le Dr Verhaëghe.

« *L'Association Amicale approuve l'idée de M. le Dr Lepage : elle engage ses adhérents à la faire défendre à l'Assemblée générale de l'A. G. par les délégués des Sociétés locales dont ils sont membres.* »

M. le Dr Mignon. — J'appelle maintenant votre approbation, Messieurs, sur l'énergie de l'appel que mon rapport adresse aux plus jeunes membres de la combinaison B pour les faire passer à la combinaison C.

M. le Dr Archambaud. — Messieurs, je tiens à dire que si cette idée est juste, l'expression de notre Secrétaire général fut trop alarmiste en ce qui concerne les dangers qu'eût pu faire courir la combinaison B. Nos combinaisons sont soumises à une comptabilité séparée, à des inventaires propres : leur marche spéciale est surveillée par la statistique dont M. Gassot (il vient de nous le dire) rassemble les éléments et que M. Fleury apprécie : nous ne sommes ni en danger ni même en insécurité.

M. Fleury. — Cela est certain ; s'il y a unité de caisse, il y a pluralité de comptes et tous éléments d'un contrôle efficace qui crée la sécurité par possibilité de révision à tous nos inventaires fixés à des dates suffisamment rapprochées.

M. le Dr Mignon. — Nous arrivons à la question de la création de correspondants qui auraient surtout pour mission d'être à la fois pour nous des agents de propagande, des agents de contrôle, et des experts. Quoique j'aie reçu déjà bon nombre de lettres de candidature, votre Conseil estime qu'il y a lieu de ne créer ce rouage que d'accord avec la Société du Concours et ses autres filiales. Nous vous demandons donc d'adopter tout à l'heure la proposition qui vous sera soumise à ce sujet par M. le Dr H. Cézilly à l'Assemblée générale de la Société civile du Concours médical. (*Très bien.*)

M. le Dr A. Gardette. — Oui, mais permettez cependant une question. Comment s'effectuera ce contrôle ? Je le demande au Bureau, et notamment à M. Lepage, parce que ses excellentes vues déontologiques doivent lui permettre de dire s'il faut procéder en cette matière, comme on le fait ici (j'en parle après une expérience personnelle qui m'a laissé le meilleur souvenir) ou s'il faut recourir à des procédés qui ont été mis en pratique dans une Société dont il est membre comme moi !

M. le Dr Lepage. — J'ai connu par hasard les faits auxquels notre confrère fait allusion ; mais je ne les connais que trop imparfaitement pour pouvoir les apprécier, surtout dans la réunion de notre Association à laquelle ils sont étrangers.

M. le Président. — Je n'hésite pas à répondre à notre confrère, M. le Dr Gardette : « Le contrôle dans l'Amicale pourra encore gagner en vigilance, mais nous tiendrons la main à ce qu'il reste effectué dans les formes dont il a si gracieusement reconnu le caractère déontologique. » (*Applaudissements.*)

M. le Dr Mignon. — Le Conseil avait pris récemment, Messieurs, à titre provisoire, deux mesures de rigueur que des renseignements arrivés depuis semblent faire paraître illégitimes ou excessives. Il fait appel à votre souveraineté à ce sujet.

(Après examen des documents nouveaux qui sont présentés par le Secrétaire général, l'Assemblée décide, sur la demande du Conseil, que les mesures prises seront rapportées.)

M. le Président, — L'ordre du jour est épuisé, Messieurs ; je me hâte de lever la séance, car nous avons largement empiété sur le temps qui revenait aux autres Assemblées.

Le secrétaire des séances,
Dr H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

La résurrection du cœur par le massage

M. le Dr Maurice d'Halluin, de Lille, a fait d'intéressantes recherches sur la reviviscence du cœur et sur la résistance à peine connue

du myocarde. « Nos recherches, dit-il, ont porté presqu'exclusivement sur des cœurs de chiens tués de diverses façons et sur des cœurs d'enfants, morts dès les premières heures ou dès les premiers jours qui suivirent leur naissance. Avec les cœurs de chiens, après un délai de 22 heures 30', nous n'avons plus réussi à ranimer les mouvements rythmiques des ventricules. Les oreillettes, par contre, sont restées vivaces au moins dans certaine partie, jusque 24 heures 30' après la mort. Les cœurs d'enfants nous ont fourni de meilleurs résultats et, 24 heures après la mort, nous avons encore obtenu des contractions rythmiques (faibles toutefois) des ventricules, tandis qu'après un délai de 42 heures nous obtenions encore des battements énergiques des oreillettes.

Un sérum artificiel est capable d'entretenir en activité même le cœur des mammifères ; les sels de calcium doivent nécessairement entrer dans la composition du sérum ; car ils sont indispensables au fonctionnement du myocarde.

Il est possible, par des moyens artificiels, de rappeler la vie chez un être qui, selon l'expression consacrée, « vient d'expirer ». Le plus souvent, on obtiendra ce résultat si, dans un délai relativement court, mais cependant appréciable, on réussit à ranimer l'activité du cœur. L'absence de lésions matérielles, incompatibles avec la vie, est une condition *sine qua non* de succès.

Le massage est, sinon la meilleure, tout au moins une méthode permettant de restaurer les fonctions cardiaques. Le massage sous-diaphragmatique, d'une réalisation facile, au cours d'une laparotomie, rendra d'autant plus de services en cas de syncope que son innocuité permettra de le faire sans retard. On n'attendra point l'échec des autres méthodes, car une intervention rapide facilite singulièrement le succès.

Dans le cas de mort accidentelle, même après un délai plus ou moins long, on pourra peut-être, par ce procédé, obtenir de bons résultats. Prus a réussi à ranimer des chiens une heure après l'arrêt de la respiration et du cœur ; mais il combinait des injections intra-artérielles avec le massage et prolongeait cette opération parfois durant deux heures.

Le massage du cœur agit surtout en réalisant une véritable circulation artificielle à travers l'organisme et particulièrement à travers les vaisseaux coronaires. — L'importance de la circulation des vaisseaux coronaires ressort, très nettement, de toutes les expériences ; l'arrêt du cœur est dû à une vaso-dilatation exagérée, d'où l'indication de provoquer la vaso-constriction comme traitement des états syncopaux.

Les trémulations fibrillaires du cœur sont le principal obstacle qui s'oppose à la reprise de la fonction rythmique du myocarde. Ainsi, on évitera avec soin tout ce qui est capable de les provoquer, et l'on ne se hasardera point à tenter l'électrisation directe du cœur. Dans tous les cas, on se souviendra que les injections intraveineuses de chlorure de potassium, de même que l'application directe sur le cœur, d'un courant de 240 volts, ont permis en combattant la principale cause d insuccès, de faire cesser les trémulations et de résoudre, enfin, le problème de la reviviscence.

Arthropathies syphilitiques.

M. le Dr E. Saucet, de St-Aubin du Cormier, a étudié dans sa thèse, les arthropathies de la syphilis héréditaire tardive. Au point de vue clinique, dit-il, ces arthropathies ne se différencient par aucun caractère bien évident de celles de la syphilis acquise. Il faut bien noter cependant que la terminaison par ankylose, fréquente suivant les uns, exceptionnelle suivant les autres, dans l'arthropathie de la syphilis acquise, n'a jamais été constatée dans la syphilis héréditaire, et que le traitement qui agit merveilleusement sur les affections articulaires de la syphilis acquise ne semble pas avoir une influence aussi nette sur ces mêmes lésions transmises par hérédité.

Les arthropathies syphilitiques peuvent se présenter sous 4 aspects différents : 1° une forme *aiguë, suppurée* ; 2° une forme *arthralgique* ; 3° une *ostéo-arthropathie* et une *hydarthrose* double ; 4° une *ostéo-arthropathie déformante*, hypérostosante à siège épiphysaire.

Ces différentes formes sont indolentes et s'accompagnent de peu de phénomènes généraux ; les mouvements sont habituellement conservés.

Le diagnostic en est extrêmement difficile, surtout avec la tuberculose : il se fonde sur l'enquête étiologique (parents, collatéraux,) les stigmates de la syphilis héréditaire chez le malade, les caractères propres de l'arthropathie et le traitement.

Ce traitement doit être avant tout médical.

La médication antisyphilitique mixte ou iodo-mercurielle agit dans la plupart des cas d'une façon merveilleuse, mais à la condition qu'elle soit appliquée dès le début, car si les lésions sont trop anciennes, il ne faut pas compter sur le succès de ce traitement. Et même sur des lésions jeunes et prises à temps, on a vu des cas où le traitement spécifique était absolument inefficace ! Faut-il rejeter alors la nature syphilitique de ces lésions et ne considérer, ainsi que le font la plupart des médecins, comme d'origine vénérienne, que les affections qui cèdent au traitement ? Nous ne le pensons pas.

« Il faut se garder, comme l'a dit Fournier, « de l'optimisme exagéré de certains auteurs, « pour lesquels l'affection ne comporterait qu'un « pronostic relativement bénin, en raison, disent-« ils, de l'intensité d'action thérapeutique dont « nous disposons contre elle. La vérité n'est pas « que le traitement spécifique guérisse toujours, « ni même en général ; ce qui est bien plus con-« forme aux résultats de la clinique, c'est de « dire qu'en certains cas, ce traitement exerce « sur la maladie, même dans les formes les plus « graves, une influence curative des plus puis-« santes, mais aussi qu'en nombre d'autres, il « n'aboutit à la résoudre que lentement, péni-« blement et souvent même d'une façon plus ou « moins incomplète ».

Si l'arthropathie persiste, faudra-t-il conseiller une intervention chirurgicale ? Ces interventions ont été pratiquées en Allemagne : leurs résultats sont encore mal connus.

Le décubitus latéral gauche comme moyen d'arrêt de la crise épileptique.

M. le Dr Crocq, ayant fait au Congrès de Pau du mois d'août dernier, une communication sur

un moyen épilepto-frénateur héroïque, le décubitus latéral gauche, M. le Dr *Lannois* a rapporté à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon ses recherches personnelles sur ce même sujet.

Dès le 1er septembre, je fis appliquer cette méthode dans une partie de mon service où des épileptiques femmes sont hospitalisées à demeure, et par conséquent bien connues au point de vue de la forme et de l'intensité des accès. Douze malades furent ainsi traitées, le personnel ayant appris à les coucher sur le côté gauche dès le début de l'accès.

Je n'ai pas obtenu un résultat aussi brillant que M. Crocq, car chez quatre seulement de mes malades la position sénextre eut une action évidente sur les crises. Celles-ci furent manifestement plus courtes et d'intensité moindre ; le même résultat fut toujours obtenu chez les mêmes malades. Des malades restées réfractaires à la première épreuve ne furent pas davantage influencées lors des crises suivantes.

Pour n'avoir été obtenu que chez un tiers des malades, le résultat n'en est pas moins intéressant.

On n'en a pas encore fourni d'explication satisfaisante. Pour ma part, je pense qu'il s'agit surtout de modifications dans la circulation encéphalique. Il est possible qu'au début de l'accès épileptique, il y ait de l'anémie cérébrale : toute condition qui diminuera cette anémie, soit en augmentant l'afflux sanguin comme on l'avait tenté par la section du symphatique, soit en diminuant le départ du sang, me paraît susceptible de modifier la crise et d'en diminuer l'intensité.

Or, dans le décubitus latéral, la circulation en retour est très gênée, dans l'une au moins des veines jugulaires internes, celle du côté opposé. Non seulement le sang est obligé de remonter dans une certaine mesure, mais encore les muscles du cou forment une véritable sangle qui comprime plus ou moins la jugulaire interne : il est facile de s'assurer sur le cadavre que le principal rôle dans cette compression revient au muscle omohyoïdien.

Mais pourquoi la position latérale gauche agit-elle mieux que la droite ? Tout simplement parce que la jugulaire interne droite ramène beaucoup plus de sang cérébral que la gauche : elle fait suite au sinus latéral droit qui est habituellement plus large que le gauche, parce qu'il reçoit directement la plus grande partie du sang du sinus longitudinal supérieur. Lorsqu'il y a une différence dans le calibre des deux jugulaires internes, c'est le plus souvent au profit de la droite. Mais il y a des différences individuelles qui expliquent pourquoi le décubitus gauche ne réussit pas toujours : il convient, d'ailleurs, d'y ajouter la brièveté du cou, l'adiposité, la faiblesse de la sangle omohyoïdienne, ce muscle étant très variable suivant les sujets.

Il va de soi qu'on ne réussit qu'à la période initiale de la crise, celle qui correspond à la phase de pâleur de la face.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Dieulafoy.

Amaurose bilatérale hystérique.

Je vous ai présenté, dans les deux dernières leçons, un malade atteint de cécité hystérique. Cet homme avait perdu complètement la vue en peu d'instants, et il nous était arrivé, vous vous le rappelez, en disant : je suis syphilitique et je suis aveugle ! Nous avons fait, chez lui, malgré cette déclaration, le diagnostic d'amaurose bilatérale hystérique, et nous l'avons guéri par des applications d'aimant, des pilules de *mica panis*, et de bonnes paroles. A son propos, j'ai repris avec vous l'histoire de la cécité hystérique. Je vous ai montré qu'un certain nombre d'individus sont atteints de cette affection sans avoir eu jusque-là aucun phénomène saillant d'hystérie. Il peut exister, vous disais-je, des hystéries monosymptomatiques à manifestation unique : l'amaurose bilatérale. Le plus fréquemment, il est vrai, la cécité s'associe aux autres stigmates de la névrose, à l'hémianesthésie, aux attaques convulsives, etc.

La vue n'est pas le seul sens que l'hystérie puisse ainsi annihiler momentanément. Il est des gens qui ont, à la fois, de la cécité et de la surdité hystérique ; il en est qui, du fait de la même névropathie, sont aveugles, sourds et muets ; il en est qui sont aveugles, sourds, muets, aphasiques, et, en plus de cela, paralytiques. Ce n'est pas tout. Quelques-uns ont perdu, en outre, l'odorat. Ce n'est pas tout encore : vous en rencontrerez qui sont simultanément aveugles, sourds, muets, aphasiques, paralytiques, anosmiques, et qui offrent de l'œsophagisme, de l'impossibilité absolue d'avaler. Toutes les observations auxquelles je fais allusion existent. En voici deux plus particulièrement curieuses :

Une femme de 39 ans entre à l'hôpital en mai 1893 pour de l'anémie. Le 7 juin, elle est prise de cécité complète, tout à coup, pendant qu'elle était occupée à remplir un seau d'eau. Elle demeure incapable de se diriger et est obligée de se faire reconduire chez elle. Au bout de 8 jours, la vision revient, aussi brusquement qu'elle était disparue. Le 25 novembre de la même année, en sortant de table, la malade ressent un violent mal de tête ; elle a à peine le temps de se rendre chez sa voisine : elle est muette, sourde, aveugle et paralysée du côté droit. Supposez-vous appelés dans un cas semblable, auprès d'un individu qui vous fait connaître, comme notre malade de l'autre jour, qu'il a eu la syphilis : voyez l'embarras où vous pourriez vous trouver ; j'y reviendrai tout à l heure en étudiant le diagnostic de la cécité hystérique. La malade, dont je vous relate l histoire, fut ensuite prise de perte de l'odorat, d'anesthésie, et finalement d'œsophagisme. Le 27 novembre, la surdité guérit. Le 29 novembre, la parole revint et la dysphagie s'évanouit. Restait l amaurose. On suggère à la patiente que, le lendemain, lorsqu'on lui comprimera les globes oculaires, elle verra. Le lendemain on lui comprime donc les deux yeux et... elle ne voit pas ! Elle recouvra la vision, néanmoins, peu de jours après, au cours d une grande crise d hystérie.

La seconde observation est analogue Elle con-

cerne une jeune fille de 15 ans, hystérique, qui soudainement perdit la vue. Elle devint sourde, muette, aphasique, et eut de l'œsophagisme. Son état s'aggrava au point de nécessiter son admission à l'hôpital et l'alimentation par le cathétérisme. Un matin, après une nuit agitée de cauchemars, tous ces accidents disparurent.

Nous voilà maintenant édifiés sur la cécité hystérique isolée et sur celle qui s'accompagne d'hystérie de l'oreille, de mutisme, d'œsophagisme. Reste à prendre cette étude dans son ensemble, à faire la synthèse de la question. Connaissant la cécité hystérique dans ses détails, nous avons à dire comment elle débute, combien de temps elle dure, quels en sont les symptômes, et comment on la diagnostique.

Comment débute-t-elle ?

Sa caractéristique est de commencer brusquement; pour quelques cas j'emploierai le mot subitement. La cécité est, en effet, tantôt instantanée, tantôt rapide, s'annonçant alors par des éblouissements, et une diminution progressive de la vision qui se perd d'une manière complète au bout de 10, 15, 20, 30 minutes. Vous conviendrez qu'un homme qui voyait parfaitement une heure auparavant, et qui devient aveugle, en une demi-heure ou trois quarts d'heure, est bien atteint de cécité brusque. Parfois, l'amaurose n'est totale qu'après plusieurs heures, 2, 3, 24 heures. De toutes façons, on peut dire que le début est soudain ou très rapide.

Avant que cette cécité n'éclate, existe-t-il des signes avant-coureurs ? Quelquefois, il y a attaque d'hystérie prémonitoire, ce qui simplifie le diagnostic. Mais, dans bien des circonstances, les malades entrent dans l'hystérie par la cécité. Notre patient, en particulier, a été longuement examiné dans le service et nous n'avons trouvé chez lui aucun stigmate de névrose, aucun phénomène préliminaire. Pardon, il y avait quelque chose. Il avait eu des vertiges et un grand mal de tête sur lequel il insistait de lui-même. Un second malade, actuellement hospitalisé salle Saint-Christophe, pour une amaurose unilatérale hystérique, a eu également une douleur de tête dominante, au début. J'ai cherché dans les observations publiées par les auteurs, et j'ai trouvé que, généralement, la cécité hystérique avait été précédée de ce grand symptôme. Il y a donc un prodrome : la céphalalgie, que déjà, dès 1840, un médecin anglais avait signalée. Ce symptôme peut troubler le diagnostic ; s'il s'y joint des vomissements, de la constipation, il fera penser à la méningite. Je vous indiquerai, plus loin, en quoi encore il est trompeur.

Combien de temps dure la cécité hystérique ? Le plus souvent, elle est éphémère, et cesse après 5, 6, 15 jours, 3 semaines ; parfois, il est vrai, elle se prolonge beaucoup plus longtemps, 4 mois, 18 mois.

Comment cède-t-elle ? Presque toujours subitement. Une crise convulsive peut guérir la maladie, comme elle peut la créer. Il faut savoir, aussi, que l'affection est sujette à récidiver ; on l'a vue rechuter 3, 4, 9 fois.

Existe-t-il d'autres symptômes importants à connaître ? Et le réflexe pupillaire, que devient-il ? Mettez le malade successivement à l'obscurité et à la lumière : la pupille se contracte. Tous les auteurs sont d'ailleurs d'accord à ce sujet : le réflexe pupillaire est normal dans la cécité hystérique. Est-on autorisé à dire que la conservation du réflexe soit constante ? Pas absolument. Il est des cas dans lesquels le réflexe est diminué, la pupille dilatée ou contractée; il semble enfin que dans quelques observations, le réflexe ait été aboli.

Ceci établi, comment allons-nous faire le diagnostic ? Prenons, je suppose, notre malade. Soudainement, en trois quarts d'heure, il devint aveugle. Ses pupilles réagissaient à la lumière et, chez lui, le fond de l'œil était intact. Voilà, nous le savons, la triade symptomatique de la cécité hystérique. Un homme (ou une femme) se présente, ayant ou non des troubles hystériques, ayant ou non des stigmates constatables ; il offre une *cécité à début brusque, avec conservation du réflexe pupillaire, et intégrité du fond de l'œil.* Il n'est pas besoin de l'interroger ; vous pouvez dire : cécité hystérique. Est-ce bien toujours exact, cependant, et n'y a-t-il pas d'autres états morbides susceptibles de déterminer cette triade ?

Notre malade est arrivé dans le service, ne parlant que de sa syphilis, qui remontait à 3 ans. Eh bien ! la syphilis est-elle capable de créer un tel ensemble symptomatologique ? Connaissez-vous des exemples de syphilis donnant une cécité de ce genre, avec conservation du réflexe pupillaire et intégrité du fond de l'œil ? Je n'en connais pas, quant à moi. On peut, en torturant les faits, se figurer à la rigueur une lésion du chiasma ; mais alors, la cécité ne serait pas à début rapide, le fond de l'œil ne serait pas intact, etc. Jusqu'à plus ample informé, en présence d'une triade de cette espèce, j'élimine la syphilis. Cette dernière a pu être, chez notre patient, un facteur de l'hystérie ; toutefois, en tant que syphilis, elle n'a rien à faire avec sa cécité.

Il ne manque pas d'autres types d'amaurose. Toutes les intoxications, celles du plomb, de l'alcool, du tabac, peuvent en engendrer. Dans l'alcoolisme, les troubles visuels s'associent aux névrites optiques; le fond de l'œil est touché. Quant à l'amaurose saturnine, c'est une question fort complexe. Elle comprend, d'abord, les lésions saturnines de la papille. Elle comprend aussi l'amaurose saturnine sans altération ophtalmoscopique : celle-ci est, dans quelques circonstances, de l'urémie, dans d'autres de l'hystérie secondaire. Ces malades-là cumulent l'intoxication par le plomb, l'urémie et l'hystérie.

Vous voyez que, après avoir procédé d'élimination en élimination, il ne reste plus grand' chose. En face de quoi, finalement, allons-nous nous trouver ? En face de la partie la plus difficile...

Il est un état morbide, une intoxication, qui peut procurer la triade dont nous nous occupons, c'est l'urémie. Je ne parle pas des lésions brightiques de l'œil, je parle uniquement de l'urémie, qui entraîne parfois une cécité à invasion brusque. Voici un urémique. Il déclare tout à coup que sa vision s'obscurcit. Vous examinez ses yeux : les papilles sont normales, et la plupart du temps la réaction pupillaire est conservée.

Je m'adresse à vous et je vous suppose dans la situation où je me trouvais il y a une vingtaine d'années, en ville, aux prises avec un diagnostic de cette nature. Le malade était devenu aveugle la veille au soir, et il présentait la triade considérée comme caractéristique de la cécité hysté-

rique. Les uns disaient : cécité hystérique ; les autres : cécité urémique. Cela offrait, vous le concevez, une importance capitale pour le pronostic.

Qu'avez-vous pour baser le diagnostic de cécité urémique ?

L'albuminurie, les œdèmes ? Ce sont, certes, deux grands symptômes du mal de Bright, mais ils manquent plus d'une fois.

Les différents symptômes de l'urémie. La céphalée ? Vous venez de voir que c'est un phénomène avant-coureur habituel de la cécité hystérique. Les attaques convulsives antérieures ? Et l'attaque d'hystérie, qu'en faites-vous ? elles ressemblent singulièrement, surtout si vous vous en tenez aux renseignements de l'entourage, aux crises épileptiformes de l'urémie. En définitive, la céphalée ne sert de rien au diagnostic, et l'attaque d'hystérie à pas grand'chose.

Comment, dès lors, arriverez-vous à établir le diagnostic ? Sur la donnée suivante : on n'est pas urémique du jour au lendemain. L'individu atteint de cécité urémique est un malade, l'individu atteint de cécité hystérique est, au contraire, bien portant, sa santé générale n'est pas compromise. Scrutez donc le passé de votre patient, remontez dans son existence de ces dernières semaines, de ces derniers mois, vous y trouverez des accidents. Le malade était oppressé, pendant la marche, les efforts, en montant les escaliers, il avait de l'urémie gastrique. Prenez son pouls : la tension vasculaire est élevée. Il a, de plus, le signe de la temporale, un bruit de galop au cœur. Et avant tout cela, quelques années auparavant, il a eu de la pollakiurie, des épistaxis, des crampes dans les mollets, l'ensemble des petits signes du brightisme, en un mot. Peu à peu il est entré dans l'urémie et c'est à la longue que l'amaurose brusque a éclaté. Avec cette étude générale, vous arriverez au diagnostic et vous pourrez dire à la famille : ou c'est de l'urémie, et la situation est grave, ou c'est de l'hystérie et le cas est bénin.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur l'usage de la morphine chez les cardiaques.

Peut-on sans danger employer la morphine chez les cardiaques ? A cet égard, les avis des médecins sont très partagés : la plupart d'entre eux craignent d'abréger la vie de leurs malades par une seringue de morphine dans toutes les lésions du système circulatoire. La cause en est dans ces cas de mort subite, très rares il est vrai, qui ont suivi une injection de morphine.

Or, depuis quinze ans, Rosenbach (*Münch. Med. Woch.*, 1904, n° 33), fort d'une longue observation, ne cesse d'affirmer que ce médicament est au contraire de la plus grande utilité dans les insuffisances cardiaques aiguës ou chroniques, dans l'angine de poitrine, et dans les œdèmes pulmonaires congestifs.

Il est, en tous cas, bizarre, que l'on ne reconnaisse pas ces effets nocifs à la morphine administrée par le tube digestif même à dose maxima, alors que par la voie sous cutanée, 0,01 centigr., 0,015 milligrammes de morphine, c'est-à-dire une quantité relativement faible, à peine suffisante pour calmer une colique hépatique, puisse amener la mort. Et cependant il arrive que des malades, atteints de coliques hépatiques ou néphrétiques, de rhumatisme musculaire, meurent subitement après une seule injection de morphine ; mais, dans la plupart des cas, ni l'examen clinique, ni l'autopsie n'ont pu déceler une cause matérielle suffisante pour expliquer ces morts. Or, on ne cherche pas à incriminer la morphine ici, comme on le fait pour des affections qui peuvent assez fréquemment, *diagnostiquées ou non*, entraîner la mort subite : affections du cœur et des vaisseaux ; la vie « tient pourtant à un fil » dans l'angine de poitrine avec dyspnée intense et cyanose, œdème pulmonaire ! Et les exemples de ce genre sont nombreux.

Il n'existe aucune preuve, dit Rosenbach, que la morphine, aux doses thérapeutiques habituelles, soit un poison cardiaque, et puisse par conséquent être contre-indiquée dans les maladies du cœur.

Les cas de mort subite, qui s'observent parfois chez des cardiaques morphinisés, doivent être rapprochés en première ligne de ceux qui peuvent se produire même au cours d'une narcose chloroformique bien conduite, consécutivement à une paralysie du cœur. Leur étiologie reste obscure.

L'emploi de la morphine exige de la prudence chez les gens, cardiaques insuffisants, ou cardiaques proprement dits, qui ont une affection grave des voies respiratoires, surtout quand le processus endocardique ou myocardique est à l'état aigu.

Dans les troubles nerveux du cœur, surtout dans l'angine de poitrine non organique, la morphine peut être administrée suivant ses indications générales.

Dans l'angine de poitrine, dans la sténocardie, de petites doses de morphine sont permises.

Ce médicament est indiqué d'une manière absolue, comme adjuvant momentané, dans tous les cas graves d'asthme cardiaque. Son emploi dans la dyspnée chronique des cardiaques doit être modéré.

Rosenbach cite à ce propos une observation intéressante : « Un vieillard de 63 ans, atteint d'emphysème et d'insuffisance cardiaque, est pris subitement, au cours d'un léger catarrhe bronchique, d'œdème pulmonaire grave ; l'exitus létal semble proche en raison de l'insuffisance cardiaque. On essaie de donner une injection de morphine au patient pour calmer encore légèrement ses douleurs. » Les 12 milligrammes injectés ont un effet merveilleux, car la dyspnée disparaît presqu'aussitôt ; l'expectoration spumeuse et visqueuse cesse, et le malade s'endort tranquillement. Quelques jours après il se lève et paraît complètement guéri ; il part en voyage d'agrément. Six semaines après ce premier accès, il était pris d'un paroxysme analogue, qui mettait fin à ses jours avant même l'arrivée du médecin ». Si dans cette observation la première injection avait passé inaperçue, et si une autre injection avait été tentée au moment du deuxième accès, on n'aurait pas manqué d'attribuer la mort à la morphine, qui pourtant avait primitivement sauvé la vie du malade !

La morphine est encore indiquée dans les cas

où la digitale ainsi que les autres médicaments cardiaques ont échoué, ou bien n'ont pas agi (1).

Enfin un rôle important de ce remède consiste à préparer une cure de digitale chez les malades affaiblis, qui présentent de l'excitation nerveuse et de l'insomnie.

Les troubles cardiaques dans la scarlatine.

Jusqu'à présent les troubles cardiaques de la scarlatine ont été peu étudiés : c'est à peine si les auteurs en font mention dans leurs ouvrages didactiques. Avant les travaux de Romberg, on les rapportait volontiers à des lésions endocardiques banales : et c'est à ce savant que revient le mérite d'avoir montré la localisation possible du virus de la scarlatine sur le myocarde.

Ces déterminations cardiaques ne sont pas aussi bruyantes que dans la diphtérie : elles ne produisent jamais de phénomènes analogues à cette paralysie brusque du cœur, observée parfois dans l'infection lœfflérienne ; aussi n'est-il pas étonnant qu'elles aient pu passer inaperçues à côté des complications septiques ou rénales.

Et cependant il faut leur attribuer une certaine importance en raison de leur fréquence et des suites fâcheuses qu'elles ont quelquefois.

Se basant sur l'observation clinique de 190 scarlatineux, Schmaltz estime que, dans 35 cas pour cent, on voit apparaître des phénomènes anormaux du côté de l'appareil circulatoire (*Münch. Med. Woch.* 1904, n° 32).

Au début de la scarlatine, dit cet auteur, le pouls est généralement très fréquent (150 à 160 pulsations chez les enfants, 120 à 140 chez les adultes) ; c'est là un phénomène en rapport avec les manifestations fébriles ; il ne présente rien d'anormal, et ne permet pas de porter une appréciation fâcheuse sur l'état du cœur. Le pouls n'implique donc aucune conclusion pronostique à cette première période. C'est ainsi qu'une enfant de 8 ans avait encore 178 pulsations au 7e jour ; la maladie fut grave, mais le cœur resta indemne. Par contre, on peut voir apparaître ultérieurement des complications cardiaques très sérieuses dans des cas où le nombre de pulsations était resté quasi normal.

Le pouls mérite néanmoins une plus grande attention à une période plus avancée de la maladie. Généralement, on voit, avec la chute de la température, disparaître ses caractères anormaux. Parfois cependant il vient à battre d'une manière particulièrement lente (20 à 40 à la minute). Que cette décroissance du pouls coïncide avec la défervescence, qu'elle la suive ou la précède de quelques jours, celle-ci peut être progressive ; aussi parle-t-on quelquefois de la « chute du pouls ». Dans certains cas enfin, le nombre des pulsations reste élevé, malgré le retour de la température à l'état normal. Ces différents phénomènes n'impliquent pas nécessairement une lésion du système circulatoire ; mais, s'ils sont tant soit peu accentués, ils peuvent en être les signes précurseurs, ou même les premiers symptômes. Cette dernière proposition est particulièrement vraie pour l'accélération du pouls, qui s'observe parfois comme une manifestation isolée au moment de la convalescence.

(1) Grossmann. — *Münch. med. Wochens.*, 1904, n° 28.

D'autre part, lorsqu'on surveille attentivement le cœur, il n'est pas rare de trouver dès les premiers jours de pyrexie, une altération du premier bruit, ou bien un souffle systolique. Ordinairement, on n'y attache aucune importance, pensant à un souffle « fébrile ». Souvent il arrive que celui-ci disparaisse au bout de quelques jours ; d'autres fois il s'accentue encore davantage au moment de la défervescence, et de nouveaux symptômes viennent affirmer une lésion cardiaque. Plus fréquemment encore ce souffle n'apparaît que tardivement, au bout de la première, quelquefois même de la troisième semaine.

Dans certains cas, le souffle cardiaque est intermittent, et s'entend à certains jours, à certaines heures, son timbre est très variable, et ne peut nullement éclairer le diagnostic. Il est systolique, et siège tantôt à la pointe, tantôt à la base. Il peut être accompagné, et plus souvent encore précédé, d'une accentuation du deuxième bruit pulmonaire.

Parfois on voit en même temps la matité du cœur s'éteindre, surtout vers la gauche ; mais cette dilatation est plutôt tardive.

L'arythmie n'est pas une manifestation constante.

Ces troubles cardiaques, comme le dit Romberg, ne s'accompagnent généralement pas de symptômes subjectifs ; tout au plus le malade, qui garde le lit, accuse-t-il quelques palpitations, un peu de dyspnée. Jamais on n'observe dans la scarlatine l'angoisse précordiale, les vomissements, les douleurs, qui traduisent la lésion cardiaque dans l'infection diphtérique.

Quand apparaît cette complication, la température n'augmente pas ; tout au plus s'élève-t-elle le soir de quelques dixièmes de degrés (37°5 — 37°8). Les troubles cardiaques n'affectent pas de préférence les scarlatines graves, à fortes températures ; ils accompagnent plutôt les infections bénignes, à pyrexies initiales peu marquées, dont la convalescence s'annonçait excellente.

Certains auteurs ont pensé qu'il existait une corrélation entre le rhumatisme scarlatin et la myocardite ; mais sur 23 rhumatismes scarlatins, Schmaltz a noté 10 fois la myocardite, alors qu'il a pu observer celle-ci 70 fois sans aucun rhumatisme ; il pense donc que ces deux affections sont absolument indépendantes l'une de l'autre.

La scarlatine n'exercerait aucune influence fâcheuse sur une lésion orificielle préexistante, mais peu marquée.

L'évolution de ces troubles cardiaques de la scarlatine est variable. Dans le plus grand nombre de cas ils disparaissent plus ou moins vite : le souffle devient inconstant, puis ne s'entend plus ; il en est de même pour l'accentuation du 2e bruit pulmonaire ; généralement la dilatation disparaît assez vite. Mais le cœur peut rester excitable pendant un certain temps.

Cependant les lésions peuvent persister sous forme d'insuffisance mitrale, de dilatation, etc. et cela avec une fréquence plus grande que pour la diphtérie (statistique de Schmaltz). L'auteur ne connaît pas de cas de mort.

A l'instar des troubles cardiaques de la diphtérie, ceux de la scarlatine peuvent encore apparaître à la 3e ou à la 4e semaine de la convalescence ; ils sont indépendants des autres complications de la maladie infectieuse et présentent

une tendance marquée à déterminer des lésions définitives ; le pouls enfin suit une courbe souvent caractéristique.

Par contre, ainsi que l'avait déjà établi Romberg, l'affection diphtérique exerce une influence plus accentuée sur l'état général ; elle peut menacer la vie. La chose est d'autant plus frappante que dans la scarlatine les altérations définitives du cœur sont plus fréquentes et plus marquées.

On pensait autrefois que la scarlatine atteignait de préférence l'endocarde ; mais il semble prouvé à l'heure actuelle que le myocarde soit plus souvent intéressé : sur 33 autopsies, l'auteur n'a trouvé que trois fois des lésions valvulaires récentes. D'après les recherches de Krehl et Kelle, la myocadite paraît déterminer pendant un certain temps de l'insuffisance valvulaire ; aussi n'est-il pas étonnant que les troubles cardiaques de la scarlatine, à substratum myocardique, puissent cliniquement donner l'impression de lésions orificielles.

De cette étude il résulte que le praticien doit pendant plusieurs semaines surveiller le cœur des convalescents de scarlatine ; les moindres manifestations anormales doivent y attirer son attention, puisqu'au début les lésions restent insidieuses.

Le principal agent thérapeutique consistera en un repos suffisamment prolongé. La digitale ne semble pas plus efficace dans le cas particulier que dans la myocardite diphtérique ; par contre, on luttera avec succès contre l'hyperkinésie cardiaque au moyen d'applications locales de glace.

Les traitements médicaux spéciaux

(*Suite, voir nº 50*).

La lutte contre la tuberculose.

Les sanatoriums.

Lorsque les espérances de guérison de la tuberculose,au moyen de médications basées sur la découverte de la nature microbienne de cette maladie et dirigées contre le microbe poursuivi jusque dans l'intimité des tissus, se furent lamentablement effondrées devant des échecs sans cesse renouvelés ; lorsque, d'autre part, il fut démontré qu'il ne suffisait pas de prescrire aux phtisiques d'aller passer l'hiver en Provence ou dans les Pyrénées,et que ces régions, favorisées pourtant par un climat idéal, se transformaient volontiers, a-t-on dit, en une vaste nécropole ; les médecins — changeant leurs batteries — reléguèrent au second plan la question « germe pathogène » et se préoccupèrent avant tout du « terrain » sur lequel celui-ci évolue, et de la façon d'augmenter ses moyens de défense ; et les efforts tentés dans cette voie aboutirent à cette formule aujourd'hui classique : repos, air libre, suralimentation.

Et comme il semblait impossible de mettre en pratique cette triade thérapeutique au domicile du malade ; que, d'ailleurs, il était de notion courante que les conditions climatériques de température, de régime des vents, d'altitude, devaient jouer un rôle prépondérant dans la circonstance, l'organisation des « Sanatoriums » dans les contrées chaudes fut à l'ordre du jour. Puis, l'importance du climat diminua peu à peu et la majorité s'accorda à reconnaître, avec Daremberg, que « tous les airs sont bons, pourvu qu'ils « soient purs, qu'on en puisse jouir dans des lo- « calités confortablement installées pour des ma- « lades »

Ce fut la période d'engouement pour le Sanatorium. « Hors le sanatorium, point de salut » proclamait-on volontiers. Il y a quelques années, à l'époque de la communication de Jeanne, dont il a été parlé au commencement de ce travail, le *Concours Médical* publia un certain nombre d'articles destinés à encourager et à favoriser la création de petits sanatoriums locaux, sur des bases économiques sagement comprises et lumineusement présentées.

Des Ligues contre la Tuberculose se fondèrent pour recueillir des capitaux destinées à édifier des établissements pour les malades indigents ou peu fortunés. C'est ainsi, que dans le Loiret, cette initiative eut un plein succès et aboutit à la construction et à l'installation du Sanatorium de Chécy, dans des conditions qui peuvent être données comme modèle.

Depuis quelque temps, cet engouement tend à diminuer, et il semble qu'un mouvement de réaction se manifeste contre les « Sanatoriums ». Un certain nombre de médecins, le Dr Brunon de Rouen notamment, préconisent la cure d'aérothérapie et de repos au domicile du malade, et il a été publié des observations fort intéressantes par les résultats obtenus. La presse médicale prend une part très active dans le débat et différents organes ont consulté le corps médical par voie de « *referendum* » ; le plus récent de ces referendums a pour instigateur le Dr G. Petit (1) qui formule ainsi sa question :

« N'existe-t-il pas en France, à côté du dis- « pensaire et du sanatorium, des organisations « pouvant aider à la solution du problème tu- « berculeux ? »

Dans les réponses déjà publiées, par exemple, par le Dr Helme, il en est certaines qui se prononcent nettement contre le sanatorium ; d'autres qui, sans en méconnaître les avantages, ne l'érigent pas en nécessité absolue.

Où est la vérité ? Si l'on a la prétention d'établir une loi applicable à tous les cas, sans tenir compte des *espèces*, il n'est pas douteux que l'on court au devant d'un échec. L'absolu n'existe pas, et c'est en s'inspirant des expériences du passé qu'on peut s'efforcer de bien fixer les indications.

Personne ne nie aujourd'hui la curabilité de la tuberculose pulmonaire. Encore est-il que cette curabilité est subordonnée à diverses influences, au premier rang desquelles se place le degré de la maladie : c'est une naïveté que nous semblons proclamer, mais qui a son importance. Car si l'on se borne à enregistrer les chiffres bruts des statistiques d'un sanatorium, les résultats n'apparaissent pas aussi favorables qu'on serait en droit de l'espérer. Mais quand on examine de plus près la question ; quand on défalque de ces chiffres tout ce qui concerne les phtisiques avancés, arrivés à la dernière période, l'impression qui se dégage est essentiellement différente et se traduit par cette conclusion que les tuberculeux du 1er et même du 2e degré sont guéris dans la proportion de 17,7 %, très améliorés

(1) *Rev. internat. de la Tuberculose*, nº 10 (octobre 1904).

dans la proportion de 33,3 %, et légèrement améliorés dans la proportion de 18,7 %. Et si l'on tient compte enfin des mille difficultés qui constituent autant d'obstacles pour mener jusqu'au bout un traitement efficace : indiscipline du malade, impossibilité de prolonger suffisamment le séjour au sanatorium, imprudences commises dès le retour dans le milieu familial, on est en droit d'affirmer que ces proportions sont évidemment susceptibles d'augmenter encore, pourvu qu'on puisse triompher de ces difficultés.

Un premier fait est donc acquis : les tuberculeux à lésions anciennes, graves et étendues, ne trouvent au sanatorium qu'un soulagement précaire et n'obtiennent comme résultat appréciable qu'un recul insignifiant de l'échéance fatale. Par contre, les tuberculoses du 1er et même du second degré sont presque toujours heureusement influencées par la cure au sanatorium. L'idéal consisterait donc à prévenir l'apparition des désordres ultimes de la bacillose, plutôt que de chercher à les soigner quand le mal est irréparable.

C'est ce qu'un conseiller général de la Seine-Inférieure, M. Besselièvre, a exprimé en excellents termes, dans une séance où l'un de nos confrères, le Dr Tourdot, demandait l'ouverture d'un crédit destiné à lutter contre les progrès de la maladie. « Si on soigne les malades au premier « degré de la tuberculose, disait-il, on empêche « que le mal évolue au deuxième et au troisième « degré, et les dépenses de l'assistance médicale « gratuite en diminueront d'autant. »(1)

Ce qu'il importe donc de rechercher, c'est si le sanatorium est l'unique moyen de traiter les tuberculoses curables, ou si, au contraire, il est possible de généraliser la pratique de la « cure à domicile » selon les enseignements de Brunon.

Nous persistons à croire, et notre expérience personnelle nous confirme dans cette opinion, que si le traitement du tuberculeux chez lui est possible, ce n'est que dans un nombre limité de cas. Ce traitement demande en effet un ensemble de conditions telles qu'elles seront rarement réalisables. Ces conditions sont inhérentes au malade lui-même, à son entourage, à son habitation. Il faut que le malade consente à se soigner, c'est-à-dire à faire tous les sacrifices que comporte la cure ; il faut qu'il se confie aveuglément à son médecin et ne s'érige pas en juge dans sa propre cause; en un mot, il faut que son caractère soit assez souple, assez éduquable, pour qu'il accepte sans murmurer, ni même sans discuter, tout ce qui lui sera prescrit en toutes circonstances. Nous avons, quand l'occasion s'en est offerte, tenté loyalement cet essai de cure à domicile. L'un des malades, un fort gaillard de 18 à 20 ans, était porteur de lésions peu avancées du sommet gauche. Tant qu'il était sous la menace d'accidents, crachements de sang, fièvre, toux etc., il se soumettait docilement au repos, à l'aération continue, à la suralimentation. Dès que le mieux se manifestait, il envoyait promener médecin et médecine et n'en faisait plus qu'à sa tête. Avec une forme à tendances congestives, il a quand même vécu de 1893 à 1897 et aurait certainement guéri s'il l'avait bien voulu. Un autre malade, le frère de l'un de nous, âgé de 28 ans, et atteint d'un début de ramollissement des deux sommets, quitte les affaires et, pour se mieux traiter, va se mettre à Arcachon sous la direction d'un des médecins les plus distingués de cette station. Mais il continue, en dépit de tout, à cultiver certaines habitudes : apéritifs avant(!?), digestifs, après les repas (!?) ; il disparait en 18 mois !

Ces deux faits ne sont rapportés ici que parce qu'ils sont typiques pour démontrer combien il est difficile de faire du malade son propre auxiliaire.

L'entourage ne comprend pas toujours son rôle comme il conviendrait. On a plus ou moins à lutter contre ces préjugés enracinés qui font le plus grand tort à la mise en œuvre du traitement. Il suffit d'un membre de la famille mal éclairé, pour battre en brèche l'action du médecin, parce qu'il préfère la tisane et les potions à la fenêtre ouverte jour et nuit.

Enfin le local lui-même doit répondre à certaines nécessités, si limitées qu'on les conçoive. Il faut qu'il ne soit pas humide, qu'il soit suffisamment abrité, qu'il ne se trouve pas dans un milieu encombré, qu'une chambre puisse être aménagée dans la forme voulue.

Comment résoudre ces difficultés dans les appartements exigus de Paris ou même des villes de province ?

Au sanatorium, au contraire, tout est disposé en vue d'un but à atteindre bien tracé, et des moyens propres à le faire. L'emplacement a été choisi dans des conditions topographiques déterminées, les bâtiments sont construits sur des plans spéciaux et toutes leurs différentes parties, qu'ils s'agisse des chambres à coucher, des salles à manger, des galeries de cure, aussi bien que des annexes indispensables, en sont combinées d'une façon aussi voisine que possible de la perfection.

Au sanatorium, il faut aussi compter sur l'action morale qui se traduit par l'influence réciproque que les malades exercent les uns sur les autres, par l'entraînement qui résulte de la contagion de l'exemple, par la présence permanente du médecin qui conseille, qui encourage, qui stimule... qui réprime au besoin. De tout cet ensemble de circonstances se dégage un esprit de discipline particulière dont les effets bienfaisants se font rapidement sentir, quels que soient les cas.

Ces idées ont pénétré peu à peu dans le public, et la multiplication des sanatoriums est une preuve de leur diffusion et de leur compréhension. Il y a, hélas ! un obstacle à leur mise en pratique d'une façon générale : quelle que soit en effet la modicité du prix de pension, comme le séjour doit être relativement long et d'autant plus long que la maladie est plus avancée, le traitement finit toujours par être onéreux et par suite, au-dessus des limites budgétaires d'un grand nombre de malades et non des moins intéressants ; mais nous entrons là dans le vif d'un problème social à la fois passionnant et angoissant dont nous n'avons pas certes la prétention d'indiquer même sommairement la solution. A notre avis, il y aurait lieu d'organiser, toutes les fois que c'est possible, des sanatoriums de fortune ou d'utiliser, par une adaptation spéciale, des parties d'hôpitaux ou d'hospices qui permettent aux nécessiteux et aux ouvriers de profiter d'un mode de traitement efficace.

Mais ce qu'il faut par-dessus tout désirer, c'est l'éducation des masses par la connaissance de ces

(1) *Revue internat. de la Tuberculose*, 1904, p. 747.

notions primordiales, grâce auxquelles elles apprennent à éviter la maladie, et se convainquent de la nécessité de se soigner d'une façon précoce, puisque c'est encore le meilleur moyen de réduire les frais. C'est de l'intérêt individuel et social bien compris.

Parmi les nombreux établissements qui existent en France pour le traitement de la tuberculose pulmonaire, il en est certains qui doivent retenir notre attention, parce que nous les connaissons d'autant mieux qu'ils sont dirigés par des confrères qui font partie de notre association. Ce sont : le sanatorium d'Alger, situé au sud de Mustapha et dirigé par le Dr Verhaeren ; le sanatorium de Meung-sur-Loire, dirigé par le Dr Leriche ; le sanatorium de La Motte-Beuvron, dirigé par le Dr Hervé, sur lequel on trouvera des détails très instructifs dans le no 40 de ce journal ; et enfin le sanatorium d'Avon, dirigé par les Drs Salivas et L. Gassot. Entre les mains de médecins expérimentés, ces maisons sont agencées avec le souci de tenir compte du progrès. Quant à leur situation dans la zone tempérée, en ce qui concerne du moins les trois sanatoriums indigènes, elle n'offre rien de particulier à signaler, si ce n'est qu'elle répond admirablement aux besoins des populations du Centre, de l'Ouest et de la région parisienne, qui furent longtemps déshéritées à ce point de vue.

L'accord qui paraît s'être fait sur l'indifférence qui peut présider au choix du climat pour le traitement de la tuberculose pulmonaire, cesse toutefois d'exister quand il s'agit de faire rentrer le climat marin parmi ceux qui peuvent convenir aux malades dont nous nous occupons.

Par contre, dès qu'il est question des tuberculoses dites « externes », tuberculoses articulaires, ganglionnaires, cutanées, et toutes ces manifestations latentes connues sous le nom de scrofulose, lymphatisme, l'unanimité des médecins proclame la supériorité incontestable de l'air de la mer. Il y a déjà longtemps que les résultats acquis à Berck-sur-mer ont démontré cette influence remarquable sur l'état général des malades porteurs de tuberculoses locales.

Si l'action bienfaisante du climat maritime s'augmente des avantages d'une température douce, presque constante ou exempte de variations brusques si nuisibles, une telle région doit être considérée comme l'idéal. C'est ce qu'a compris le *Patronage médical* le jour où il s'est rendu acquéreur de la maison de santé des Corbières, près de Saint-Malo. Le journal a publié un rapport du Dr Jeanne sur la manière dont cette maison est installée et fonctionne. Le rapport s'est étendu surtout sur la situation quasi-exceptionnelle de l'établissement, séparé du rivage par un vaste parc qui descend en pente douce vers la plage et dans lequel nous dirions volontiers, au risque de paraître poncifs, que règne « l'éternel printemps » cher à l'héroïne d'Ambroise Thomas. Nous en appelons à ceux que les hasards de l'excursion auront amenés dans ces parages et qui connaissent bien cette côte qu'un courant d'eau chaude baigne et fertilise. Ajoutons que la maison des Corbières a un immense avantage que nous voudrions voir se généraliser à tous les autres établissements, d'être d'une modicité de prix qui la met à la portée de tous.

(A suivre.) Dr Duchesne.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité d'honoraires.

Tribunal de paix de Meulan

M. Henri Germain, juge de paix du canton de Meulan, a eu à s'occuper, ces jours-ci, d'une affaire d'honoraires de médecin qui est très intéressante. Voici les faits :

Le 16 septembre 1902, une jeune femme de Maule (Seine-et-Oise), Mme B., tentait de s'asphyxier. Le docteur Landry, appelé par des voisins à lui donner des soins, réussit à la rappeler à la vie, non sans recourir aux moyens extrêmes, tels qu'inhalation d'oxygène, tractions rythmiques de la langue, etc. L'action de l'oxyde de carbone avait été tellement loin que la circulation ne put se rétablir dans la plante des pieds, dont toute la chair se trouva nécrosée jusqu'à l'os. Mais la jeune femme était sauvée !

Postérieurement à cette tentative de suicide, une demande de divorce survint entre les époux B..... et la communauté fut dissoute entre eux. Le docteur Landry ayant présenté sa note d'honoraires s'élevant à la somme de 119 francs, le mari refusa de contribuer au paiement de la dette, sous le prétexte qu'au moment où le docteur avait été appelé auprès de sa femme, non par lui, mais par des voisins, il se considérait comme dégagé au regard de tous fournisseurs au moyen d'un avis inséré dans les journaux locaux par lequel il déclarait décliner toute responsabilité quant aux dettes contractées par Mme B......

Le docteur Landry, ne voulant pas être assimilé à l'épicier du coin ou au marchand de charbon, a, fort de son droit, porté le différend devant le juge de paix de Meulan, siégeant en audience foraine à Maule et M. Henri Germain a condamné solidairement les époux B... à payer au docteur Landry les 119 fr. par lui réclamés :

Attendu que, sans qu'il y ait lieu de rechercher si la tentative de suicide à la suite de laquelle le docteur Landry a été appelé à donner des soins à la femme B....., constitue ou non un fait personnel à celle-ci, donnant lieu de la part de cette dernière à une récompense envers la communauté, il est de principe que les époux se doivent mutuellement secours et assistance ;

Que le mari est obligé de fournir à sa femme tout ce qui lui est nécessaire pour les besoins de la vie selon ses facultés et son état, sans qu'il lui soit possible de se décharger de cette obligation inhérente au mariage, au moyen d'un avis publié par les journaux ;

Que le docteur Landry, en fournissant des soins à la femme B.... et en la rappelant à la vie, a ainsi acquis une créance contre la communauté ;

Que B..... ne saurait réussir à faire admettre que les soins donnés en de pareilles circonstances par un médecin constituent une dépense *voluptuaire* excédant ses moyens.

Une circulaire du garde des sceaux aux procureurs généraux

M. Vallé, garde des sceaux, vient d'envoyer la circulaire suivante aux procureurs généraux :

Dans une disposition complémentaire ajoutée à l'article 17 de la loi du 9 avril 1898 sur la responsabilité des accidents du travail, la loi du 22 mars 1902 dispose que : « Toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, soit par le juge de paix, soit par le tribunal ou par la cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la société d'assurance à laquelle le chef d'entreprise est affilié. »

Je suis informé que, malgré cette prohibition, certains magistrats continuent à désigner, pour les renseigner sur l'état de la victime, des médecins atta-

chés à l'établissement où l'accident s'est produit ou à la compagnie d'assurance appelée à garantir le patron.

Je vous prie de vouloir bien rappeler aux magistrats de la cour d'appel, des tribunaux civils et aux juges de paix de votre ressort, la prescription du 4e paragraphe de l'article 17 nouveau de la loi du 9 avril 1898.

Vous aurez soin de faire observer, en même temps, aux magistrats cantonaux, que la disposition dont il s'agit vise aussi bien le cas où ils sont chargés de statuer, comme juges, sur ces questions d'indemnité journalière conformément à l'article 15 de la loi de 1898, que celui où ils procèdent à l'enquête prescrite en cas d'incapacité permanente et où ils ont à faire simplement examiner le blessé par application du 3e paragraphe de l'article 13 de la même loi.

VALLÉ.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des Médecins de la Seine.

Siège social : 28, rue Serpente.

Le Syndicat des Médecins de la Seine a tenu son Assemblée Générale annuelle le 27 novembre 1904. En présence de la prospérité de tous les services du Syndicat : recouvrements, caisse de défense, bureau d'assurances, coopérative, le Syndicat a décidé la création, sous ses auspices, d'une assurance mutuelle vie et d'une assurance mutuelle accidents entre médecins syndiqués.

Le bureau pour 1905 est ainsi composé : M. Séailles, président ; MM. Gourichon et Rotillon, vice-présidents ; Bellencontre, secrétaire général ; Noir, trésorier ; MM. Antheaume, Levassort, Diverneresse, Vimont, Héloin, Tripet, Poirier, J. Mallet, Régeard, Sébileau, G. Weil, Lecerf (d'Asnières), Billon, Dally, Lamouroux, Vallat.

CORRESPONDANCE

La taxe sur les automobiles de médecins en Algérie.

Constantine, le 3 décembre 1904.

Mon cher Confrère,

J'ai l'honneur de vous communiquer la lettre ci-jointe en contradiction avec votre note du *Concours* du n° 44, en date du 29 octobre dernier.

Ce n'est, certes pas, vous le pensez bien, pour vous démontrer que vous avez tort ; mais simplement pour vous faire voir combien le corps médical a peu de raison de compter sur la bienveillance — j'aime bien le mot ! — des pouvoirs publics. Que ces pouvoirs soient seulement trans-méditerranéens, les voilà qui changent de dispositions à notre égard. Peut-être parce que *toutes* les conditions d'existence sont *toutes* plus difficiles ici les unes que les autres ! C'est une façon d'encourager la colonisation.

Si l'on ajoutait le « quart colonial » aux honoraires, qu'en dirait-on ?

Le conseil général de Constantine, présidé par un confrère député, et comptant 3 ou 4 médecins parmi ses membres, tarife les vaccinations à 0,20. Est-ce assez bienveillant comme dispositions ?

Voyez si vous pouvez faire quelque chose.

Croyez à mes meilleurs sentiments de confraternité,

Dr P.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Préfecture de Constantine (4e bureau).

Constantine, le 1er septembre 1904,

Le Préfet du Département de Constantine, à Monsieur le Docteur P..., Constantine,

Monsieur le Docteur,

Par une pétition en date du 6 juillet dernier, vous avez appelé mon attention sur les dispositions de la loi du 11 juillet 1899 en vertu desquelles les voitures automobiles des médecins soumises à la taxe des prestations ne sont imposées, en France, qu'à la demi-taxe et, vous me demandez de faire bénéficier de ces *bienveillantes* dispositions les médecins du département qui possèdent des véhicules de cette nature.

J'ai l'honneur de vous faire connaître, en réponse, qu'il ne m'est pas possible de donner une suite favorable à votre pétition.

Le décret du 11 mars 1902, qui règle, pour l'Algérie, l'imposition des voitures automobiles à la taxe des prestations, ne fait aucune distinction à cet égard, et le conseil général ne peut, sans qu'une modification n'ait été apportée à ce décret, créer deux catégories de contribuables.

Ci-joint les documents qui accompagnaient votre pétition précitée.

Agréez, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma *considération distinguée.*

P. le Préfet ;
Le Secrétaire général.

Le bon procédé pour se faire régler par les Cies accidents.

11 déc. 1904.

Mon cher confrère,

Je ne puis résister au désir de vous soumettre, pièces en mains, les procédés épistolaires d'un agent général d'une compagnie d'assurances, qui, vexé de n'avoir pu m'entortiller, déchaîne contre moi une verve plutôt insolente, dans une des lettres ci-jointes. J'ai su me rappeler en ces circonstances les excellents conseils du *Concours* et en particulier ceux de notre distingué confrère, le Dr Gassot. Le succès que je viens de remporter sur cette compagnie, me vaut seul cette belle prose.

Dans le sinistre en question, je ne me suis pas départi un seul instant du principe qui devrait être admis par tous les membres du corps médical pour la sauvegarde de notre honneur professionnel et de nos intérêts matériels, de refuser tout contrat à forfait avec les Compagnies et de n'envisager, dans toute affaire d'accident, que le patron, seul responsable.

Aussi me suis-je bien gardé de répondre à la première lettre. En terminant, un conseil, je vous prie. Le paiement de mes honoraires effectué, dois-je répondre à cet agent ? S'il me réclame un reçu au nom de qui dois-je le libeller, à celui du patron ou de la Compagnie ? Si vous pensez que ce cas particulier puisse offrir assez d'intérêt pour être porté à la connaissance des nombreux lecteurs du journal, je vous autorise à publier ma lettre ainsi que la prose de l'assureur en question.

Veuillez agréer,

P. S.— Vous voudrez bien me retourner les deux chiffons de papier, dès qu'ils vous seront inutiles.

Dr D.

9 décembre 1904.

Monsieur,

Afin que vous n'ayez plus à importuner M. P... par vos réclamations, j'ai décidé de vous régler votre note d'honoraires au chiffre indiqué !

Vous me permettrez de vous faire remarquer que vos prétentions sont singulièrement exagérées;

depuis longtemps je règle pour le compte des Compagnies, mais il ne m'est jamais arrivé de voir produire une note semblable à la vôtre pour un aussi minime accident. Qu'auriez-vous demandé s'il s'était agi d'une grave opération ?

Vous constaterez également que la Compagnie n'est pas aussi récalcitrante que vous vous plaisez à le dire.

P. S. — Lundi prochain ; je vous enverrai le montant de ce qui vous est dû.

J'ai l'honneur de vous saluer.

Pour l'agent général de la Cie.
X.

N. D. L. R. — C'est du *patron* que le reçu doit porter le nom.

Les bureaux d'examen des nourrissons.

Auch, le 10 décembre 1904.

Mon cher Directeur et très honoré Confrère,

Au Congrès de Bordeaux, en juin 1903, je fis voter les conclusions ci-après de mon mémoire « du Rôle de la mutualité dans les œuvres d'Assistance»: « Qu'il soit inscrit au budget départemental un crédit destiné au service des consultations médicales des enfants indigents, comme première étape vers la mutualité maternelle nationale. »

A la date du 18 août de la même année, sur la proposition de M. Brelet, préfet, et à la suite de mon rapport, le conseil général vota un crédit de mille francs.

Or, dans son numéro du 26 novembre 1904, le *Concours Médical* mentionne qu'un bureau d'examen des nourrissons a été créé à Chartres par les soins de M. Paulin, inspecteur des enfants assistés.

Ayant permuté avec ce fonctionnaire tant pour affaires de famille qu'à cause de la santé de ma femme, fin octobre 1903, vous voudrez bien constater que M. Paulin a trouvé dès son arrivée la chose toute faite et de laquelle il ne doit en toute justice retirer le moindre mérite.

J'ajoute que la consultation des nourrissons comportait des honoraires pour les médecins chargés d'assurer le service.

Cette rectification s'imposait, surtout au moment où certains conseils généraux paraissent vouloir imposer gratuitement ce nouveau service à des praticiens très recommandables par leur science en pédiatrie.

Veuillez agréer, mon cher Directeur et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr E. Barthès.

VARIETÉS

Un ennemi des médecins au XVIe siècle.

Il y a dans le livre de Cornelius Agrippa, *De incertitudine scientiarum declamatio invectiva*. Cologne, 1527, quatre curieux chapitres sur la médecine, la chirurgie, l'anatomie et l'apothicairie, mais le plus long et le plus intéressant concerne la médecine et les médecins. C'est un pamphlet, mais aussi un tableau des mœurs. En voici les passages caractéristiques d'après la traduction française, *Paradoxe sur l'incertitude, vanité et abus des Sciences*. S.l., 1603, in-12.

« Ce qui donne grand renom à un médecin est de se montrer vestu d'une ample et pompeuse robbe, avec force gros hyacinthes aux doigts, et s'il est venu de lointains païs, ou qu'il soit Juif ou Morran, ou d'autre religion étrange, et avec ce pourvu d'une audace effrontée de mentir et se vanter d'avoir des remèdes rares et singuliers : cela, dis-je, lui donne grande autorité, comme aussi avoir tousjours en la bouche quelques mots à demy grecs et à demy barbares. Ainsi préparés et garnis, se jettent en place avec une gravité comme de plomb.

« Premièrement visitent le malade, regardent l'urine, tastent le poulx, veulent voir la langue, manient les costés, remuent les excréments, s'enquerants de la manière de vivre et autres choses plus secrettes, et comme si par ces mines ils pesoyent les elements et les humeurs ainsi qu'en une balance, ils causent là-dessus magnifiquement. Après, avec une grande parade, ils ordonnent les médicaments : *recipe* des pilules, faites ouvrir la veine, prenez des clystères, des pessaires, onctions, cataplasmes, loochs, masticatoires, gargarismes, sachets, parfums, condits, syrops, eaux, antidotes et confections thériacales. Et si la maladie est aucunement légère et le malade délicat, ils inventeront des mignardises, et commanderont avec grande maîtrise toutes choses qu'ils penseront estre plaisantes et agreables aux femmes ou aux hommes efféminés : ils feront faire des licts branlans et suspendus en l'air, ou une fontaine faisant distiller de l'eau goutte à goutte dans un bassin pour l'inviter au sommeil ; ils lui feront user de frottements, estuvements, fomentations, ventoses, ou cornets ; ils le remettront et conforteront par bains et par l'usage des plus délicates viandes, lui feront changer d'air... Si le malade est riche ou personne de grande autorité, alors ils essayent de prolonger la maladie tant qu'ils peuvent pour le profit qu'ils en pensent tirer et acquérir, et ores qu'ils puissent remédier à son mal par un seul médicament, ils ne le veulent pas restituer que peu à peu...

« Ils sont si mal d'accord entre eux que l'on n'en sçaurait trouver un qui approuve sans exception, addition ou changement, les médicaments ordonnés par un autre : ains les reprend, en mesdit et s'en mocque...

« Les médecins sont la pluspart contagieux, tousjours sentant le pissat ou la fiante, voire plus sales que les sages-femmes, ayant tous les sens infectés..

« A cause de quoy en plusieurs contrées l'ont fuit les compagnies des médecins, des sages-femmes et des bourreaux également, et ne veut on manger ny boire avec eux, ains on leur baille leur escuelle et leur verre à part... »

Agrippa prétend ensuite que, de son temps, la chirurgie, à cause « de sa sanglante cruauté », était « tenue pour infâme ». Il ajoute : « Toutesfois l'anatomie la surpasse en cruauté, qui est une publique boucherie pour les uns et les autres, tant médecins que chirurgiens, par laquelle jadis les criminels condamnés à mourir estoyent avec tres cruels torments descouppés tous vifs et retenans encor l'esprit. Mais à present pour la reverence du nom et religion chrestiennes, l'on est devenu un peu plus humain : car l'homme est premièrement occis, ou par leurs mains, ou par la main de l'officier... »

Flatteur ! cet Agrippa ?

Il a raison !

(*Revue des idées.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Griboval, de Mesnil-Esnard (Seine-Inférieure), et Pasquier, de Mauves (Loire-Inférieure), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-sixième année N° 53 31 DÉCEMBRE 1904

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DES CONNAISSANCES MÉDICALES

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Clinique, Médecine et Chirurgie pratiques, Applications des inventions nouvelles
Hygiène, Assistance, etc...
Déontologie, Médecine publique, Prévoyance et Défense professionnelle
Intérêts divers du Corps Médical.

FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY.

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Tumeurs malignes de l'intestin chez l'enfant.

M. le Dr L. REBOUL, de Vidauban (Var), a consacré sa thèse à l'étude des tumeurs malignes de l'intestin chez les enfants. Parmi ces tumeurs, la plus habituelle est le cancer ; ce cancer se caractérise par l'existence d'une tumeur abdominale avec augmentation de volume du ventre, alternatives de constipation et de diarrhée, douleurs, cachexie rapide et légère élévation de la température.

Le diagnostic sera souvent possible en se basant sur cet ensemble symptomatique. Il suffira de songer à l'existence de cette maladie. Toutefois il est des cas où l'erreur ne pourra être évitée.

C'est une affection d'un pronostic très grave ; abandonnée à elle-même, sa durée excède rarement trois mois.

La mort est le plus souvent le résultat de la cachexie progressive, rarement d'une péritonite.

Les phénomènes d'occlusion intestinale n'existent jamais pour ainsi dire, alors que ce syndrome se rencontre si souvent dans le cancer de l'intestin chez l'adulte.

Le traitement chirurgical pourra donner une guérison complète à condition de faire une intervention précoce et radicale.

L'opération consistera en la résection large de toute la portion d'intestin envahie avec le mésentère correspondant.

Pyélite et pyélo-néphrite.

M. le Dr BAZY, de Paris, a fait, au dernier Congrès de l'Association d'Urologie, une communication sur les symptômes des pyélites et des pyélo-néphrites. Ces symptômes sont, dit-il, 1° la douleur para-ombilicale ou uréthrale supérieure, avec ou sans irradiation vers la vessie et l'uretère : 2° la douleur uretérale inférieure, quelquefois le réflexe uretéro-vésical (facile à constater chez la femme par le toucher vaginal, point susprostatique chez l'homme).

A ces symptômes, d'autres, sur lesquels je n'insiste pas, l'apparition à réflexe vésico-rénal consistant dans une douleur de rein quand le malade a envie d'uriner et le point sus-pubien, c'est-à dire une douleur à la pression siégeant à deux travers de doigt de la ligne médiane au-dessus de la branche horizontale du pubis.

Il s'accompagne quelquefois d'irradiation vers l'uretère.

Enfin à la pollakiurie nocturne, qui est un symptôme de premier ordre de pyélite et de pyélo-néphrite, j'ajouterai l'incontinence nocturne d'urine qui se montre chez quelques sujets adultes ou adolescents.

La dilatation électrolytique de l'urèthre.

M. le Dr MINET, de Paris, a décrit à l'Association des chirurgiens urologistes la technique de son

procédé d'électrolyse : ce procédé consiste à faire passer un courant galvanique de 5 à 30 milliampères par un simple béniqué pendant son introduction (pôle négatif) et à faire ainsi la dilatation dans chaque séance avec 2 ou 3 bougies, distantes, les unes des autres, en moyenne, de 5 à 8 numéros de la filière : l'action du courant s'exerce pendant que l'extrémité du béniqué est en contact avec le rétrécissement, il faut donc l'y maintenir un laps de temps qui varie de quelques secondes à quelques minutes, jusqu'à ce que la dilatabilité obtenue ainsi permette le passage. Pour les rétrécissements étroits, on se servira de béniqués fins (à partir de 16), munis d'une bougie conductrice à armature métallique non isolée. L'introduction doit être faite avec prudence, sans douleur ; il ne doit pas se produire d'hémorragie.

On gagne ainsi, *en une séance, de 10 à 20 ou 25 numéros*. Par exemple, tel rétrécissement étroit qui admettrait péniblement une bougie 6 ou 8, sera mené par 2 ou 3 béniqués, jusqu'à 38, 40 ou 45. L'auteur donne 15 cas semblables de rétrécissements étroits. Il a obtenu ainsi une dilatation très rapide dans 4 cas de rétrécissements larges récidivés, et dans 9 cas où la dilatation progressive avait formé le début du traitement. La progression a été de même très rapide dans 4 cas de rétrécissements inflammatoires. Dans 1 cas l'auteur a pu se servir du courant galvanique pour extraire *les calculs d'un canal rétréci*. Il n'y a jamais eu d'accidents, mais l'auteur a toujours donné des soins antiseptiques méticuleux avant et après chaque séance.

Les cas les plus favorables sont les *rétrécissements blennorragiques étroits, et les récidives de cas bien traités* antérieurement. La dilatation est moins rapide dans les rétrécissements larges. Plus on approche du calibre normal, moins les progrès sont amples. Au contraire, il est inutile de tenter l'emploi de ce procédé dans les rétrécissements cicatriciels et dans les rétrécissements ligneux très épais. Les indications sont donc celles de la dilatation progressive, mais plus étendues ; elles restreignent aussi celles de l'urétrotomie dans les rétrécissements étroits.

Les observations de l'auteur démontrent que l'action du courant n'est pas illusoire, qu'il ne s'agit ici ni de divulsion, ni de cathétérisme appuyé, et que sa méthode a donné des résultats favorables dans la majorité des rétrécissements. Elle présente surtout l'avantage de diminuer le nombre des séances, d'en éloigner les intervalles et de parer rapidement aux accidents pressants.

D'après M. Le Fur, cette dilatation électrolytique de l'urèthre permet d'obtenir une dilatation rapide et de maintenir cette dilatation ; elle est surtout indiquée dans les cas de rétrécissements à surface large combinés à l'urétrite interstitielle et à la prostatite chronique ; elle agit, en provoquant une évacuation glandulaire abondante de toutes les glandes de l'urètre, et en supprimant le spasme dans les cas de canal irritable. M. Le Fur a toujours pu, sauf dans 2 cas, pousser la dilatation jusqu'au Béniqué n° 60 ou 62 et la maintenir, même dans les cas de rétrécissements rebelles et récidivants, dans lesquels l'urétrotomie elle même, suivie de dilatation, avait échoué.

Pour M. le Dr Minet, il faut diviser les méthodes d'électrolyse circulaire en deux classements distincts. Tantôt on cherche la résorption des tissus sclérosés ou en voie de sclérose ; pour cela on doit rechercher l'action *chimique* de l'électrolyse (méthodes lentes, Hermann et Desnos); tantôt, au contraire, on cherche une dilatabilité rapide de ces tissus : dans ce but on utilise l'action *physiologique immédiate* du courant galvanique (méthode rapide). Ces deux méthodes seront avantageusement combinées : quand le rétrécissement a été amené par la dilatation électrolytique rapide à un calibre suffisant, on continuera l'électrolyse suivant la technique de M. Desnos, de même que dans les rétrécissements larges après l'urétrotomie.

Le mode d'action du massage abdominal sur l'hypertension artérielle.

Pour M. le Dr Fernand Cautru, de Paris, le massage abdominal est *curatif de l'hypertension passagère* (migraine prémenstruelle, fausse angine de poitrine, dyspnée toxi-alimentaire, chlorose, etc.), *préventif de l'hypertension permanente* (angine de poitrine, ménopause, présclérose, etc.), et *utile dans l'artério-sclérose confirmée*.

2° Il *augmente la diurèse* par l'intermédiaire de vaso-moteurs abdominaux (nerfs splanchniques), qui assurent une circulation plus active dans le rein, *favorise l'élimination des poisons* et *facilite les phénomènes d'osmose* ;

3° Il agit par voie réflexe, en mettant en jeu les vaso-moteurs abdominaux et périphériques, par un mécanisme préétabli, qui consiste essentiellement en un phénomène de *balancement entre la circulation périphérique* et *la circulation abdominale* ;

4° Il *soumet ainsi l'appareil vasculaire à une gymnastique* qui, en lui conservant son élasticité, *retarde l'évolution de l'artériosclérose*.

Le nouveau lithotriteur de M. le Dr Hamonic.

M. le Dr Hamonic s'est efforcé de donner à l'opération de la lithotritie un minimum de durée en imaginant un nouveau brise-pierre qui est un instrument de grande puissance.

Cet appareil est en même temps sans danger, car il est impossible avec lui de pincer la vessie ou la prostate dans les diverses manœuvres qu'il exécute.

En dernière analyse, le brise-pierre de M. le Dr Hamonic peut être assimilé, au point de vue de la puissance d'action, à un davier. Si avec un tel instrument tenu à pleine main on saisit un calcul, on le broiera avec la plus grande facilité, quelle que soit sa densité.

Les branches du lithotriteur de M. Hamonic présentent cette particularité qu'elles peuvent se séparer très facilement de la mécanique qui les actionne, ce qui facilite leur introduction dans la vessie.

De plus, les mors glissent sur un conducteur du modèle de M. le Dr Hamonic, qui a appliqué à son brise-pierre, comme à tous ses autres ins-

truments, sa méthode générale de conduction qu'il a fait connaître il y a quelque années. Grâce à cette disposition, les branches arrivent d'elles-mêmes pour ainsi dire dans le réservoir urinaire.

Le mors mâle et le mors femelle, au lieu de se coapter exactement, sont séparés sur leur bord par un petit espace, grâce auquel le tassement du sable calculeux ne peut pas s'effectuer. De cette facon,M. Hamonic évite que les deux mors conservent un certain éloignement à la fin de l'opération, ce qui expose à des déchirures du canal, au moment où on retire l'instrument.

Les mors qu'emploie l'auteur sont dentelés, mais l'on pourrait, si on voulait, faire aussi usage de mors en cuillers.

La mécanique se compose d'un levier coudé dont le petit bras actionne une crémaillère, grâce à une articulation en excentrique mue par deux ressorts opposés, d'une crémaillère à dents très fortes que fait avancer le levier et qui pousse la branche mâle ; d'un tube de glissement dans lequel chemine la crémaillère et qui porte sur sa partie latérale un petit levier en forme de clef de clarinette destiné,en s'appuyant sur des crans, à empêcher la branche mâle de revenir en arrière lorsque le calcul est saisi.

Vers le bas, le tube de glissement porte un collier mobile qui soutient le levier.

Voici comment M. Hamonic se sert de son instrument :

Il introduit dans la vessie son conducteur souple ; sur ce dernier, il fait glisser les branches du brise-pierre. Cela fait, il enlève le conducteur.

La situation du calcul étant reconnue, il adapte la mécanique aux branches à l'aide de deux vis dont l'une unit la branche femelle au tube de glissement et l'autre la branche mâle à la crémaillère.

La main gauche sert exclusivement à soutenir l'instrument et à fournir la force nécessaire pour écraser la pierre. Placée en pronation, elle empaume la mécanique et actionne le levier.

La main droite, au contraire, va à la recherche de la pierre et la saisit entre les mors. Elle est la main intelligente, tandis que la première est la main qui fournit la force.

Dès que la pierre est entre les mors, elle se trouve fixée par le levier en clef de clarinette. Mais pour la broyer, il faut faire tourner le tube de glissement autour du collier qui reste immobile et par ce mouvement porter en haut les mors du brise-pierre. A ce moment précis, annoncé par un déclanchement de l'appareil, le levier peut actionner la crémaillère. Or, dans cette position il est de toute impossibilité de blesser la vessie, puisque le mors situé en haut a quitté complètement la zone dangereuse, c'est-à-dire le plancher du réservoir et la prostate.

Les mors de l'instrument de M. le Dr Hamonic peuvent s'écarter pour ainsi dire indéfiniment. Si par extraordinaire on avait affaire à une pierre très volumineuse et dépassant les dimensions ordinairement prévues dans la construction des lithotriteurs, c'est-à-dire cinq centimètres de diamètre, on pourrait quand même la saisir, la faire éclater au marteau et broyer les fragments à la façon ordinaire, à l'aide du levier actionnant la crémaillère.

Grâce à la puissance de son instrument et à la certitude de ne pouvoir blesser la vessie, M. le Dr Hamonic exécute la lithotritie en quelques tours de main et avec une extrême rapidité. Il débarrasse ensuite le réservoir du sable calculeux à l'aide de l'aspiration.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec : M. le Professeur LANDOUZY,

Hygiène thérapeutique et thérapeutique médicamenteuse.

Vous avez pu voir, dans nos salles, une femme de 73 ans, entrée la semaine dernière pour une pneumonie. En dépit de sa mauvaise apparence, de son pouls filant, de ses œdèmes, de son purpura, de son albuminurie, de son subdélire, je vous ai dit, dès le début, que malgré tout elle me semblait capable de lutter et, pour employer son expression, d'en « revenir ». Eh bien ! 13 jours se sont écoulés depuis que j'ai formulé ce pronostic et la malade est effectivement en voie d'amélioration. Ses œdèmes sont moindres, son pouls relevé, ses réactions pupillaires meilleures, ses râles pulmonaires moins nombreux. J'ai été guidé dans mon appréciation, par un fait : cette femme n'a pas cessé d'avoir la langue humide. Elle a soif, boit assez abondamment, et, grâce à l'état satisfaisant de ses voies digestives, elle peut assurer la dépuration de son organisme. Lorsqu'une semblable malade vous sera confiée,il vous appartiendra, il dépendra de vous que la situation tourne bien ou mal. En l'espèce, ce qu'il importe de mettre en œuvre, ce ne sont pas tant les prescriptions pharmaceutiques que les petits soins d'hygiène curative. Chez notre patiente,la thérapeutique médicamenteuse s'est réduite à peu de chose : nous avons seulement donné de la théobromine et du café ; nous avons, en revanche, largement utilisé la révulsion, les lavages de gorge, les évacuations de l'ampoule rectale, etc.

J'insiste sur ces détails parce qu'il s'agit là de la tâche quotidienne du médecin. Je puis joindre à l'exemple que vous avez sous les yeux, à l'hôpital, d'autres cas que j'observe actuellement en ville. Je viens de soigner un malade de 73 ans, père d'un de nos collègues. Après avoir, du fait d'une pneumonie, créé de vives inquiétudes à son entourage, il est aujourd'hui hors d'affaire et il le doit beaucoup moins à la thérapeutique médicamenteuse qu'à celle des « petits moyens » ! J'ai prescrit à ce malade les tisanes, froides ou chaudes, à la température plaisant le mieux au patient, tisane de mazagran, eau de pomme, eau édulcorée avec un sirop quelconque, eau simple, tisanes appétentes surtout, l'essentiel étant de faire boire. Le résultat immédiat fut le suivant : alors que l'usage des tisanes ordinaires chaudes, prises sans goût, n'avait procuré que 400 grammes d'urine, nous en avons obtenu, dès le premier jour, 1200 grammes.

Je vous ai parlé dernièrement d'une femme de 88 ans, atteinte de broncho-pneumonie grippale. Aujourd'hui, elle n'a plus de fièvre, son pouls est régulier, sa situation satisfaisante. Chez elle,

★

cette guérison n'a pas, non plus, été obtenue par la thérapeutique médicamenteuse qui fut extrêmement courte ; elle a suivi l'emploi de la révulsion, de la sinapisation, des ventouses sèches et scarifiées. Au moment où se produisait une insuffisance rénale et hépatique, je fis mettre 8 ventouses scarifiées sur la région du foie et les reins. J'y ai ajouté les tisanes à la température la plus agréable aux malades, et les évacuations rectales matin et soir par les lavements.

N'allez pas croire, Messieurs, que je répudie la thérapeutique médicamenteuse. J'ai, au contraire, une foi vive dans l'action des médicaments. Je veux, toutefois, réhabiliter la thérapeutique qui ne procède pas des drogues et du formulaire. Le jeune médecin s'imagine volontiers que seul est thérapeute celui qui écrit une ordonnance où s'amoncèlent les cachets, les potions ou les sirops. Je voudrais montrer ici qu'il est d'autres moyens de guérir, relevant de l'hygiène et de la diététique. Ces derniers ont, d'une manière générale, une grande importance. Chez les individus âgés, les petits soins en question, qui ont l'air d'être l'apanage des gardes-malades, doivent souvent prendre la place des médicaments.

Il est bon de savoir que, chez le vieillard, la thérapeutique médicamenteuse reste habituellement sans écho et sans effet : la digitale n'agit plus sur le cœur, l'ergotine n'est plus hémostatique, l'iodure n'est plus vaso-dilatateur. Lorsque, fier de vos connaissances pharmaco-dynamiques, vous tentez avec les drogues de mettre le système vasculaire d'un vieillard en hypotension, vous constatez un échec de votre prescription. La pharmacopée vous a cependant dit juste : l'erreur n'a pas été commise par elle, mais par vous, qui voulez appliquer les mêmes règles à un organisme jeune, répondant aux actions médicamenteuses, et à un organisme âgé, qui n'y répond plus.

Premier point, donc, à considérer : chez le vieillard, la thérapeutique pharmaceutique perd une partie de ses droits. Ce n'est pas tout. Lorsque vous donnez une médication toxique à une personne de 30 ou de 40 ans, vous vous trouvez en face d'organes vigoureux, de reins perméables, de système circulatoire à la hauteur de sa mission. Vous pouvez, au besoin, augmenter, « corser » les doses, sans danger. Il n'en va plus ainsi à un âge avancé. Non seulement, alors, vous n'obtenez aucun effet, mais encore vous risquez d'ajouter à l'affection en cause une intoxication.

Ceci n'est pas pour médire de la thérapeutique médicamenteuse. C'est parce que je la sais active que je la rejette chez le vieillard, pour les motifs dont je viens de vous entretenir. Ce qui eût été bon à 40 ans, ne l'est plus chez le même individu, dans la même affection, à 60 ans. C'est l'art de la thérapeutique d'appliquer à chacun les procédés curatifs qui lui conviennent. Vous ne traiterez pas pareillement un sujet dont les reins, le foie, le système vasculaire sont sains, et celui qui n'a pas l'intégrité de ces organes. Vous entendrez quelquefois dire : j'ai essayé tous les procédés de diurèse et je n'ai pas obtenu une goutte d'urine de plus : à la vérité ce ne sont pas les diurétiques qui sont en défaut, c'est le rein qui ne répond plus à leur impulsion.

Classez donc les malades par catégories, par âges. La thérapeutique médicamenteuse n'est dans son plein rôle qu'au moment de l'adolescence et de l'âge adulte. Et encore doit-elle tenir compte de l'état organique des tissus. Si vous envoyez à Vichy, je suppose, un individu dont le foie est adultéré, cirrhotique, vous ne lui ferez que du mal.

En médecine, les médicaments ne sont pas seuls susceptibles d'amener des guérisons. Personne, plus que moi, ne croit à leur efficacité. Toutefois je le répète, pour être thérapeute, il faut beaucoup plus que la connaissance d'un formulaire. En voulez-vous un nouvel exemple : ce matin, je fus appelé auprès d'une dame à laquelle on avait prescrit depuis trois jours une infinité de laxatifs et de purgatifs sans obtenir la moindre garde-robe. En pareil cas, comme souvent, les formules les mieux établies avaient échoué. A chaque instant, d'ailleurs, vous rencontrerez des difficultés de ce genre et, si vous n'étiez pas prévenu, vous pourriez devenir des parjures de la thérapeutique. Il convient de réfléchir et ne pas oublier que la pharmacodynamie a pour point de départ la physiologie, elle suppose un organisme physiologique. Or le médecin se trouve dans des conditions fort différentes : il a affaire à des organismes malades.

Lorsque la thérapeutique pharmaceutique a épuisé ses moyens, sommes-nous désarmés ? Chez le patient de 89 ans, que j'ai vu l'autre jour en consultation, vieillard artério-scléreux, en état d'insuffisance rénale, atteint d'une pneumonie, qu'ai-je conseillé contre son affection ? La pneumonie n'était que l'allumette ayant mis le feu, la cause occasionnelle de cette faillite à laquelle nous étions en train d'assister ; les urines s'étaient, en effet, immédiatement supprimées, le foie avait de suite fléchi. Nous avons laissé la pneumonie suivre son cours, sauf quelques ventouses sur la poitrine, et nous avons visé l'insuffisance rénale et hépatique.

Connaît-on, d'ailleurs, le traitement de la pneumococcie pulmonaire ? Quant à moi, je ne le connais pas. Il existe un traitement des pneumococciques, enfants, adultes, vieillards, etc. Tant que nous n'aurons pas un agent spécifique, nous ne pourrons pas dire qu'il y a une médication de la pneumonie. Nous ne guérissons pas, au sens propre du mot, cette affection ; nous n'en rendons pas moins de signalés services aux malades, en faisant à leur profit de la thérapeutique, à la « cuisine » aussi, bien qu'à l'officine.

Il est possible de thérapeutiquer beaucoup tout en médicamentant peu. Chez cet homme de 89 ans auquel je faisais allusion tout à l'heure j'ai prescrit 4 sangsues ; chez cette dame de 88 ans, dont je vous parlais également, 12 ventouses scarifiées ont été appliquées malgré l'effroi de l'entourage. J'espère qu'il y aura bientôt un retour vers cette vieille médication par les émissions sanguines, beaucoup plus sûre à mettre en œuvre que la thérapeutique médicamenteuse. Lorsque vous prescrivez un agent pharmaceutique par voie stomacale, vous ne savez pas s'il sera absorbé ; fréquemment il ne l'est pas ou il l'est imparfaitement. Avec la saignée, les ventouses, ou les sangsues, vous êtes à même de graduer l'effet obtenu.

Quand vous avez pris les soins appropriés de la peau, de la bouche, du rectum, quand vous avez assuré la régularité des garde-robes, surveillé le décubitus — point auquel j'attache la plus grande importance —, quand vous avez provoqué, s'il y a lieu, la stimulation avec une piqûre

de strychnine, vous avez fait — avec ou sans médicament, — de la bonne thérapeutique, vous avez été médecin dans toute l acception du terme.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

JURISPRUDENCE DU SOU MÉDICAL

Tribunal de paix de Courbevoie, 31 mai 1904.

M. Crespin, Juge de Paix.

Le médecin créancier d'honoraires pour soins donnés à un blessé du travail peut, en vertu de l'art. 1166 du Code civil, et en exerçant les droits de l'ouvrier, son débiteur, actionner la Cie d'assurances à laquelle est assuré le chef d'entreprise.

Le tribunal de paix compétent pour cette action est celui du lieu de l'accident dans les termes de l'article 15 de la loi du 9 avril 1898.

Entre M. le Dr H., demeurant et comparant par le sieur B., son mandataire, aux termes d'un pouvoir enregistré et annexé à un précédent jugement, assisté de Me Gatineau, avocat.

D'une part,

Et : 1° MM. les Président et Administrateurs représentant la Cie d'assurances contre les accidents « Le Soleil-Sécurité générale », dont le siège est à Paris, 23, rue Mogador, défenderesse, représentée par le sieur G., son mandataire aux termes d'un pouvoir enregistré ci-annexé ;

2° Le sieur R., demeurant à S., défendeur, comparant en personne.

D'autre part,

Point de fait.

Suivant exploit en date du 30 avril dernier, le demandeur a fait citer les défendeurs pour :

Attendu que le requérant a été appelé au mois de mai 1903 près d'un sieur R., ouvrier de la Société nouvelle de constructions mécaniques et électriques dont le siège est à P., lequel ouvrier avait été blessé au cours de son travail et dont la situation se trouvait régie par la loi du 9 avril 1898 ; que les honoraires dus au requérant, tant pour soins donnés que pour les certificats nécessaires pour le règlement des indemnités légales, se sont élevés à quarante francs, et que la Cie le « Soleil-Sécurité » à laquelle le chef d'entreprise était assuré, a réglé l'indemnité due au blessé ainsi que les frais pharmaceutiques, sans vouloir payer les frais médicaux ;

Que la Société nouvelle des constructions mécaniques ayant été déclarée en faillite, le requérant est en droit de s'adresser tant au blessé qu'à la Cie d'assurances, débitrice envers celui-ci, aux lieu et place du patron, de toutes les indemnités dues comme conséquence de l'accident ;

Attendu, en effet, que le médecin créancier du blessé qui l'a fait appeler est fondé à exercer les droits du créancier en vertu de l'article 1166 du Code civil ;

Attendu que le blessé dont le patron est tombé en faillite a une action directe contre la Cie d'assurances pour se faire payer toutes les indemnités stipulées à la police ;

Qu'il résulte des termes de la dite police, dans laquelle se trouve appliquée la disposition du décret du 28 février 1893, imposant aux sociétés d'assurances-accidents l'obligation de spécifier qu'aucune clause de déchéance ne pourra être opposée aux ouvriers créanciers, que le patron, en s'assurant, a stipulé aussi bien pour les ouvriers que pour lui-même (Cour de Paris, 6 novembre 1903) ;

Attendu que la Cie d'assurances le Soleil-Sécurité a bien réglé au blessé le montant des indemnités à lui dues, ainsi que les frais pharmaceutiques, mais n'a point réglé le montant des frais médicaux qui comprennent le coût des certificats sur la production desquels ont été réglées les dites indemnités ;

Attendu qu'exerçant les droits de son débiteur R... le requérant est en droit de mettre en cause ce dernier ;

Par ces motifs :

Dire... etc.....

Par suite d'une remise à huitaine,

Nous, Juge de Paix, attendu que le docteur réclame à la Cie le Soleil-Sécurité et à M. R... une somme de 40 francs pour soins donnés par lui audit sieur R... à la suite d'un accident du travail ;

Attendu que le Soleil-Sécurité générale prétend que la demande du docteur H. est mal fondée, en droit, parce qu'il n'a pas mis en cause le Syndic de la Société des constructions mécaniques aujourd'hui en faillite et où travaillait le sieur R... ; que la loi d'exception du neuf avril 1898 n'autorise pas la substitution qu'il invoque et qu'enfin le bénéfice n'en peut être accordé à des tiers ;

Attendu qu'en disant que les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprises relatives aux frais de maladie sont jugées en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever, l'article 15 de la loi du 9 avril 1898 n'a pas modifié les règles de la compétence civile des juges de paix tracée par la loi du 25 mai 1838 ; cependant, attendu que les tiers, conformément au droit commun, peuvent, et par application de l'article 1166 du code, se prévaloir des dispositions exceptionnelles de l'article 15 de la loi du 9 avril 1898, à la condition de justifier d'un lien de droit entre eux et les ouvriers ou patrons ;

Attendu qu'il résulte d'une lettre du directeur de la Société nouvelle de constructions mécaniques que c'est le patron du sieur R..., assuré du Soleil-Sécurité, qui a appelé M. le Dr H.... pour donner des soins au blessé ;

Attendu qu'après une légère hésitation, dissipée depuis la loi du 22 mars 1902, qui a en quelque sorte consacré plus profondément le rôle des assurances en matière d'accidents du travail, la jurisprudence se prononce de plus en plus dans le sens qui consiste à étendre aux tiers qui ont figuré dans un accident du travail le bénéfice de l'article 15 de la loi du neuf avril 1898 (Cassation, Chambre des requêtes 11 mai 1904) à la condition pour ces tiers de démontrer l'existence d'un lien de droit soit entre les ouvriers soit entre les patrons, et eux ;

Attendu que c'est à tort que le Soleil-Sécurité prétend que le Dr H.... peut produire à la faillite, que le sieur R. comme le Dr H.... ne doivent pas être payés en monnaie de faillite ;

Attendu qu'enfin les honoraires du Dr H.... ne sont pas exagérés et ne doivent pas être réduits ;

Par ces motifs :

Jugeant en dernier ressort :

Condamnons le sieur R... et la Cie le Soleil-Sécurité à payer conjointement et solidairement au Dr H. la somme de 40 francs pour les causes énoncés, avec les intérêts de droit,

Les condamnons en outre en tous les dépens liquidés à 10 francs 10 centimes non compris timbre enregistrement et exécution du présent jugement.

Ainsi fait et jugé et prononcé en l'audience publique et ordinaire du 31 mai 1904.

Signé : Crespin.

(Juge de paix de Courbevoie.)

L'importante décision que nous venons de reproduire a été obtenue par le « Sou médical » qui a accordé son appui à M. le Dr H..... dans une espèce que les termes de l'assignation et du jugement nous dispensent d'exposer. Elle fait une ap-

plication absolument juridique des règles qui ont été consacrés par la jurisprudence la plus récente.

1° L'ouvrier dont le patron est assuré contre les accidents à une Cie d'assurances, a une action contre cette Cie pour obtenir le versement de toutes les indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898, bien entendu dans les limites du contrat d'assurance, et ce, parce qu'en contractant sa police, le chef d'entreprise stipule pour ses ouvriers, en vertu de la clause qui, en exécution de l'art. 11 du Décret réglementaire du 28 février 1898, doit être insérée dans toutes les polices, et qui spécifie qu'«aucune clause de déchéance ne pourra être opposée aux ouvriers créanciers ». La jurisprudence s'était d'abord prononcée dans le sens du refus de l'action directe de l'ouvrier contre l'assureur (Cour de Caen, 23 février 1903, *Rec. de Caen*, 1903, p. 71 ; Cour de Limoges, 1er avril 1903, *Rev. des Accid. du Trav.* 1904, 77; Trib. civ. Seine, 19 mars 1902 ; *Rev. jud. des Accid. du Trav.* 1902, p. 304). Mais elle s'est ravisée et la thèse ci-dessus résumée a maintenant pour elle l'autorité d'une décision de la Cour d'appel de Paris (7e Ch.) du 6 novembre 1903, (*Rev. jud. des Accid. du Travail*, 1904. fasc. n° 3, p. 105) et d'un jugement du tribunal de la Seine du 4 juillet 1902 (*Gaz. des Trib.* 20 novembre 1902 ; *Rev. jud. des Accid. du Trav.*, n° 210). Voir aussi, sous le jugement en sens contraire du Tribunal de la Seine du 19 mars 1902, la note critiquant cette décision.

2° L'action ainsi admise de l'ouvrier contre l'assureur a pour objet d'obtenir l'exécution de toutes les clauses et conditions de la police contractée par le chef d'entreprise, parmi lesquelles la garantie des frais de maladie figure dans presque tous les contrats. Du moment où il est reconnu que l'ouvrier a le droit de réclamer, conformément à l'art. 1121 du Code civil, tout le bénéfice de la stipulation pour autrui que le chef d'entreprise a constituée à leur profit commun, le médecin, qui est incontestablement créancier de l'ouvrier qu'il a soigné, a le droit d'exercer l'action de ce dernier, son débiteur, contre l'assureur. Il ne semble pas qu'on puisse opposer à cette conclusion des objections juridiques sérieuses.

Sans doute, le médecin qui a également une action contre le patron, soit qu'il ait été mis en œuvre par lui, soit qu'il ait été choisi par l'ouvrier, a le droit aussi d'exercer l'action du chef d'entreprise, son débiteur, contre la Cie d'assurances, si celui-ci ne l'exerce pas, à l'effet d'obtenir l'exécution de la clause de garantie des frais de maladie. Mais il existe des cas où cette action n'est pas possible, par exemple lorsque le chef d'entreprise est dessaisi de ses droits et actions par la liquidation judiciaire ou la faillite. Dans ce cas, en effet, toutes les actions existant dans le patrimoine du liquidé ou du failli doivent être exercées exclusivement par le liquidateur ou le syndic, sans que les créanciers puissent se substituer à lui-même s'il néglige d'exercer telle ou telle action.

Pour exercer l'action de l'ouvrier contre l'assureur, il est bon de mettre en cause l'ouvrier, bien que la loi et la jurisprudence ne fassent pas de cette mise en cause une condition de l'exercice de l'action. Mais, outre qu'elle est la meilleure façon de prouver que l'ouvrier néglige d'exercer lui-même l'action existant dans son patrimoine, et que d'ailleurs le juge puisse l'exiger, la présence de l'ouvrier dans l'instance est nécessaire pour que le médecin, son créancier, puisse se faire attribuer le bénéfice de l'action qu'il exerce. En principe l'action oblique de l'art. 1166 a pour effet unique de faire entrer le bénéfice de la condamnation dans le patrimoine du débiteur négligent, sans créer de privilège en faveur du créancier qui a exercé cette action. Mais, contrairement à ce qui a été soutenu parfois, rien ne s'oppose à ce que le créancier qui exerce l'action oblique ne l'exerce à son profit. Cela découle d'un récent arrêt de la C. de Cassation, rendu sous la présidence de M. Ballot-Beaupré, le 23 juin 1903 (*Gaz. du Pal.*, 1903. 2. 104) dont il importe de reproduire ici le sommaire : « Si l'exercice par le créancier, en vertu de l'art. 1.166 du Code civil d'une action judiciaire appartenant à son débiteur a, en principe, uniquement pour effet de faire entrer le bénéfice de la condamnation dans le patrimoine de ce dernier, rien ne s'oppose à ce que, dans une instance ainsi engagée, le créancier fasse ordonner par justice, contre le débiteur qui se trouve en cause, les mesures devant lui permettre le recouvrement de sa créance. »

D'ailleurs, l'exercice de l'action oblique des tiers, créanciers de l'ouvrier, contre le chef d'entreprise, pour le recouvrement de frais d'hospitalisation ou de frais de maladie, a été reconnu par de nombreuses décisions (Cour de Dijon, 26 novembre 1901) (Voir motifs) ; *Rec. de Besançon*, 1902, 17 ; Trib. civ. Lille, 7 mars 1901 ; *Nord jud.*, 1901, p. 155 ; Trib. de paix VIIIe canton Marseille, 14 mars 1902. *Bull de l'Union des synd. méd.*, 1902, p. 115 ; Trib. de paix, Versailles, 31 août 1900. *Le Greffier*, 1900, p. 413). Le principe est le même lorsqu'il s'agit d'exercer l'action de l'ouvrier, non plus contre le chef d'entreprise, mais contre l'assureur.

3° Reste à résoudre la question de compétence. Le tribunal compétent pour statuer sur la demande du médecin, agissant en vertu de l'art. 1166, comme créancier de l'ouvrier, contre la Cie d'assurances, est il celui de l'accident ou, dans les termes du droit commun, celui du domicile de la Cie défenderesse, ou encore, au choix du demandeur, celui du domicile de l'ouvrier lorsque celui-ci est en cause ? Les arrêts de la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation du 13 juillet 1903 (aff. de l'Hôpital de Versailles) et du 11 mai 1904 (admission du pourvoi dans l'aff. Diverneresse C. la Cie des Tramways-sud) ont décidé que les termes de l'art. 15 n'étaient pas limitatifs, et que la compétence du juge de paix du lieu de l'accident devait être appliquée à l'action des *tiers* contre le chef d'entreprise. Il semble bien que l'action du tiers, exerçant l'action de l'ouvrier contre la Cie d'assurances qui s'est substituée au chef d'entreprise, en tant qu'il s'agit d'indemnité temporaire, de frais médicaux et pharmaceutiques et de frais funéraires ne peut être portée ailleurs que devant le tribunal auquel, par suite de sa situation près du lieu de l'accident, le législateur a reconnu une compétence spéciale et exclusive.

Cependant la question peut être controversée parce que vis-à-vis de l'assureur, il s'agit de l'exécution d'un contrat d'assurances, action personnelle. Dans l'espèce ci-dessus, l'ouvrier étant en cause, le demandeur assigne la Cie devant le tribunal du domicile de ce dernier (lequel se trouvait être également le tribunal du lieu où l'accident s'était produit). La Cie ne pouvait valablement soulever l'exception d'incompétence à raison du domicile, étant donné le droit que l'art. 50 § 1 du code de procédure civile accorde au demandeur qui est obligé d'assigner deux défendeurs de choisir le domicile de l'un d'eux.

Georges GATINEAU,
Avocat à la Cour d'appel,
Conseil du « Sou Médical. »

CORRESPONDANCE

Diagnostic de l'albumine par la Formaline.

Lorient le 19 décembre 1904.

Monsieur et cher Confrère,

Veuillez m'adresser le numéro 51 (1904) du *Concours médical*, dans lequel il est parlé de l'analyse des urines.

Vous avez bien raison de préconiser l'analyse des urines le plus tôt possible; malheureusement le praticien n'a pas toujours le temps; c'est ce que je fais le plus possible. Dernièrement, j'ai pu de cette façon guérir un cas de xérostomie (bouche sèche) contre lequel tous les traitements avaient échoué. — L'analyse de l'urine, qui ne semblait pas indiquée, m'a décélé le diabète dont le traitement a fait disparaître la xérostomie.

Permettez-moi de vous signaler le procédé de Tétrop, de Bruxelles, pour la recherche de l'albumine ; ce procédé se trouve décrit dans le *Formulaire normal de thérapeutique* (novembre 1901).

1° Chauffer 4 à 5 centimètres cubes d'urine dans un tube à essai, à une température voisine de l'ébullition.

2° Retirer le tube de la flamme et y laisser tomber quelques gouttes de formaline (solution à 40 %). — Au bout de quelques secondes, si l'urine renferme de l'albumine, amas floconneux de l'aspect de blanc d'œuf coagulé; ces amas se rassemblent à la surface de l'urine et contre les parois du tube où ils forment un feutrage.

L'urine doit être fraîche ; l'ammoniaque décompose le formol.

Si l'on renverse le tube après que la réaction s'est opérée, on aperçoit encore le feutrage d'albumine qui adhère aux parois. Le tube vide du liquide atteste ainsi la présence de l'albumine.

La formaline n'attaquant pas les couleurs ,le médecin peut, sans précaution, porter sur lui un petit flacon de ce produit pour faire la réaction au lit d'un malade.

C'est donc un procédé éminemment pratique à la campagne.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr DE CHAMPÉAUX.

REPORTAGE MEDICAL

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour l'admissibilité aux concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 27 février 1905, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale 3, avenue Victoria service du personnel, du lundi 23 janvier au samedi 11 février inclusivement, de midi à trois heures.

Le nombre des places d'admissibles mises au concours sera annoncé aux candidats lors de la première séance, ce nombre ne pouvant être établi qu'après la fermeture du registre d'inscription.

A cet effet, les candidats dispensés du concours d'admissibilité devront se faire inscrire en vue du concours d'admission, dans les mêmes délais que les candidats au concours d'admissibilité, savoir du lundi 23 janvier au samedi 11 février inclusivement, de midi à trois heures.

Avis important. — Conformément aux dispositions qui précèdent, un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices s'ouvrira quinze jours après la clôture des opérations du présent concours d'admissibilité. Seront admis à se présenter à concourir les candidats dispensés de ce concours en raison de leurs admissibilités antérieures et les nouveaux admissibles, déclarés à la suite du concours du 27 février.

La Mutualité et l'Hygiène. — Le groupe parlementaire do la Mutualité a examiné, le 17 novembre, une intéressante communication de M. Jules Siegfried sur l'avantage que les Sociétés de secours mutuels trouveraient à s'occuper des moyens préventifs, à côté des moyens curatifs employés exclusivement jusqu'ici. « Les enseignements de l'hygiène moderne, dit M. Siegfried, permettraient à la Mutualité de contribuer à l'amélioration de la la santé et du bien-être populaire. Il serait utile d'établir un concert avec les Sociétés d'habitations ouvrières, les lignes contre l'alcool et contre la tuberculose, les œuvres pour la protection de l'enfance, etc..... Toutes ces améliorations sont groupées par l'alliance d'hygiène sociale. »

Les écoles de médecine de province et la décentralisation. — Les directeurs et délégués des Ecoles de médecine et de pharmacie se sont réunis le 18 courant pour s'entretenir de diverses questions intéressant les établissements dont ils ont la charge.

En tête de ces questions figurait l'examen de l'état de choses amené par la suppression des pharmaciens de 2e classe. Il y a là, en effet, pour les écoles dont il s'agit, un danger sérieux. Aussi les directeurs et délégués ont-ils, dans cette réunion, demandé une refonte du programme de l'enseignement et formulé, en particulier, les desiderata suivants :

1° Le stage officinal est fixé à deux ans. Il sera accompli dans le cours des études, après la troisième année.

2° Des examens semestriels sont institués pendant la durée de ce stage, *de façon que les écoles en aient la surveillance.*

3° Quel que soit le régime d'étude institué, deux examens probatoires seront passés dans les écoles préparatoires sous la présidence d'un professeur de Faculté ou d'une Ecole supérieure de pharmacie.

(*Bulletin médical*).

Décorations académiques : OFFICIERS DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — MM. les Drs Martin et Saliège (d'Alger) ; Lestage, médecin de colonisation en Algérie).

OFFICIERS D'ACADÉMIE. — MM. les Drs Cot (de La Maison-Blanche) ; Denis et Machtou (d'Alger) ; Espérandieu (de Souk-Ahras) ; Flotard (de Blida) ; Liagre (de Constantine) ; Stumpf (de Mustapha) ; Grucker et Pierre (médecins de colonisation en Algérie) ; Sieur (médecin militaire) ; Petit (médecin de la marine).

Médailles d'honneur aux médecins des Enfants-Assistés : MÉDAILLES D'ARGENT. — MM. les Drs Besson (de Montluçon) ; Billiard (de Corbigny) ; Leblanc (de Courçais); Sallefranque (de Saint-Maur-des-Fosses).

MÉDAILLES DE BRONZE. — MM. les Drs Dewailly (de Nouvion-en-Ponthieu) ; Duprey (de Château-Chinon) ; Ficheux (de Croisilles) ; Girard (de Cussy-les Forges.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1904

Cette table contient quatre parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. III. Bulletin des Sociétés d'Intérêt Professionnel. — IV. Auteurs des articles scientifiques et professionnels.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

G

H

Q

R

S

T

II

Partie Professionnelle

E

F

G

H

I

L

M

O

P

III

Bulletin des Sociétés d'Intérêt Professionnel

IV

TABLE DES AUTEURS

d'articles Scientifiques et Professionnels contenus dans le CONCOURS MÉDICAL (Année 1904)

M

N

O

P

R

S

T

V

W

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.